

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Marge Porkveli

**ÕDEDE TERVISEKÄITUMINE JA VALMIDUS PATSIENTIDE TERVISEKÄITUMISE
MÕJUTAMISEKS TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMI STATIONAARSETE
OSAKONDADE ÕDEDE NÄITEL: LÄBILÕIKELINE UURING**

Magistritöö

Tartu 2017

Juhendaja: Kaja Põlluste, PhD rahvatervis

/allkiri/

/kuupäev/

Kaasjuhendaja: Tiina Freimann, MSc, PhD

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta: _____

/Juhendajate otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud/

LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA LÕPUTÖÖ ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Marge Porkveli,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Õdede tervisekäitumine ja valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsete osakondade näitel: läbilõikeline uuring“,

mille juhendaja on Kaja Põlluste ja kaasjuhendaja on Tiina Freimann,

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates 02.06.2018 kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 02.06.2017

KOKKUVÕTE

Magistritöö on kirjutatud teemal „Õdede tervisekäitumine ja valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsete osakondade näitel: läbilõikeline uuring“.

Õdede tervisekäitumist ja selle seost patsiendiõpetusega on kirjanduse andmetel vähe uuritud ning leitud, et see valdkond vajaks täiendavat uurimist (Callaghan jt 1999, Chambers ja Narayansamy 2007). Eestis on alates 1990. aastast iga kahe aasta järel korraldatud täiskasvanud elanike tervisekäitumise uuringut (Tekkel ja Veideman 2013), kuid Eesti õdede tervisekäitumise kohta on seni veel vähe tõendus põhiseid andmeid. Ühest varasemast magistritööst selgub, et tervisekäitumisega seotud patsiendiõpetus on patsientide jaoks oluline ja haiglas töötavad õed peavad olema valmis patsientidele nendel teemadel infot ja õpetust jagama (Freimann 2004).

Magistritöö eesmärk on kirjeldada Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜ Kliinikumi) õdede tervisekäitumist ja valmidust patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks, patsiendiõpetusega tegelemise sagedust ning selgitada seoseid õdede tervisekäitumise ja patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse vahel. Tegemist oli kvantitatiivse empiirilise uurimistööga. Uuritavateks olid TÜ Kliinikumi statsionaarsete osakondade õed. Valimi moodustasid 459 uuritavat 28-st osakonnast. Andmed koguti elektroonilise ankeedi abil. Enne uuringu toimumist pandi osakonna infotahvlile üles uuringut tutvustav kutse, et õdesid teavitada. Küsimustik koostati internetikeskkonnas ning küsimustiku viide saadeti igale uuritavale personaalselt töökohaga seotud e-posti aadressile.

Tulemusena leiti, et 72,6% õdedest hindas oma tervist heaks või üsna heaks. Õdede tervisekäitumise probleemsemad valdkonnad olid ülekaalulisus ja vähene kehaline aktiivsus. Õed hindasid oma valmisolekut patsientide tervisekäitumise muutmiseks kõige madalamalt suitsetamise ja alkoholi tarbimise vähendamise valdkonnas, ning tegelesid nendel teemadel patsientide õpetusega kõige vähem. Õed olid kõige rohkem valmis läbi viima patsientide toitumisalast õpetust (45,5% vastanutest). Kõige vähem tegeleti alkoholi tarbimise vähendamise alase õpetusega, 60,8% õdedest ei tegelenud sellega üldse. Õdede KMI, füüsilise vormi hinnangu, nõustamise või patsiendiõpetuse alase koolituse saamise ning patsiendiõpetuse valmiduse ja osutamise sageduse vahel ei esinenud statistiliselt olulisi seoseid.

Uurimistöö põhjal võib järeldada, et õdede tervisekäitumine vajaks muutmist. Selleks, et parandada ja suurendada patsientide tervislike eluviiside alast õpetustegevust, tuleks tegeleda

õdedega ning nende tervisekäitumist parandada ja valmisolekut tervisekäitumise alastel teemadel patsiendiõpetusega tegelemiseks suurendada.

Märksõnad: tervisekäitumine, patsiendiõpetus

SUMMARY

This Master's thesis was written on the subject "Nurses' health behaviour and willingness to influence the health behaviour of patients in Tartu University Hospital's stationary departments: a cross-sectional study".

Nurses' health behaviour and its links to patient education have not been studied greatly in other countries either, thus it needs additional research (Callaghan et al. 1999, Chambers & Narayansamy 2007). Studies have been conducted on adult health behaviour in Estonia every two years since 1990 (Tekkel & Veideman 2013), but the health behaviour of nurses in Estonia still lacks proper evidential data. The results of a former master thesis show that subjects that involve health behaviour are important to patients and that nurses working in a hospital need to be prepared to teach and share information on these subjects (Freimann 2004).

The aims of this thesis are to describe the health behaviour of the nurses at Tartu University Hospital, their readiness to influence patients' health behaviour and the frequency with which they engage in patient education, and to specify connections between nurses' health behaviour and readiness to influence patients' health behaviour.

This is quantitative empirical research. Those studied are the nurses in Tartu University Hospital's stationary departments. The sample constituted 459 participants from 28 departments. Data was gathered using an electronic questionnaire. Before the study took place, an introductory invitation was posted on the information board to inform the nurses. The questionnaire was created online and a link to it was personally sent to each participant's work e-mail address.

72.6% of the nurses measured their health as good or fairly good. As a result, it was found that the most problematic areas in nurses' health behaviour were obesity and insufficient physical activity. Nurses rated their readiness to influence patients health behaviour the lowest in subject of alcohol consumption and smoking, they also engaged patient education these subjects the least. They were most ready to teach patients about diets: 45.5% of respondents were mostly or fully ready to do so. The subject being dealt with the least was reducing alcohol consumption, which 60.8% of respondents never engage in at all. Based on the results, there were no statistically substantial connections between nurses' BMI, physical fitness assessment, training possibilities regarding consultation or patient education and readiness and frequency of provision related to patient education.

Nurses health behaviour must be changed, based on this study. In order to improve and increase the teaching of patients about healthy lifestyles, nurses should first improve their own health behaviour and readiness to engage in patient education on subjects regarding health behaviour.

Keywords: health behaviour, patient education

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	6
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST	8
2.1. Teoreetiliste lähtekohtade kirjeldus, võrdlus ja valiku põhjendus	8
2.2. Terviseriskid	8
2.3. Õdede tervisekäitumine	10
2.4. Patsientide tervisekäitumise mõjutamise võimalused ja viisid	11
2.5. Õdede valmisolek patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks	13
3. METOODIKA.....	16
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	16
3.2. Uuritavad	16
3.3. Andmete kogumine	17
3.4. Andmete analüüs	19
3.5. Uurimistöõ usaldusväärsus	20
3.6. Eetilised lähtekohad.....	20
4. TULEMUSED.....	22
4.1. Uuritavate kirjeldus	22
4.2. Tervisekäitumine	23
4.3. Õdede valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks ja patsiendiõpetuse läbiviimise sagedus.....	25
4.4. Seosed õdede tervisekäitumise ja patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse vahel	27
5. ARUTELU	28
5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistöödega	28
5.2. Eetilised aspektid.....	30
5.3. Tulemuste usaldusväärsus	30
5.4. Uurimistöõ piirangud.....	31
5.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus.....	32
5.6. Edasise uurimise vajadus.....	32
6. JÄRELDUSED.....	33
KASUTATUD KIRJANDUS	34
LISAD	40
Lisa 1. Uuringut tutvustav kaaskiri	40
Lisa 2. Uurimistöös kasutatud mõõdik	41
Lisa 3. TÜ inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks	49

1. SISSEJUHATUS

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia kohaselt peab patsientidega tegelemisel suurenema õdede osakaal ning rõhutatakse vajadust võimestada õdesid patsientide ja nende perekondade tervise eest hoolitsema (Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020). Õde peaks olema patsiendile eeskujuks ja tugiisikuks eluviiside muutmisel. Seega on oluline teada, missugune on õdede enda tervisekäitumine ja valmidus patsiendi tervisekäitumise mõjutamiseks, kasutades selleks patsiendiõpetust tervisekäitumise valdkonnas.

Eestis on järjepidevalt korraldatud täiskasvanud elanike tervisekäitumise uuringut (Tekkel ja Veideman 2013), kuid Eesti õdede tervisekäitumise kohta on vähe tõendus põhiseid andmeid. Õdede tervisekäitumist ja selle seost patsiendiõpetusega on kirjanduse andmetel vähe uuritud ning leitud, et see valdkond vajaks täiendavat uurimist (Callaghan jt 1999, Chambers ja Narayansamy 2007). Eestis on varem uuritud arstide kehalist aktiivsust ja nõuannete jagamist patsientidele liikumisharjumuste kujundamiseks (Suija jt 2011), kuid õdede hulgas teadaolevalt selliseid uuringuid tehtud ei ole.

Arstide ja arstiüliõpilaste hulgas läbi viidud uuringutes on leitud, et hoiakud patsientide eluviisi alase nõustamise osas kui ka tegelik nõustamise läbiviimine on suurel määral seotud arstide ja üliõpilaste endi eluviisiga (Lobelo jt 2009, Yu jt 2015). Need tulemused annavad alust eelduseks, et sarnaseid seoseid eluviisi ja patsiendiõpetuse vahel võiks leida ka õdedel.

Käesoleva uurimistöö idee tuleneb 2003. aastal läbi viidud uuringu tulemustest, millest selgus, et TÜ Kliinikumi patsiendid vajavad rohkem patsiendiõpetust järgmistes teemavaldkondades: tervislik toitumine, kehaline aktiivsus, stressiga toimetulek ning haiguse järel igapäevaellu naasmist puudutavad küsimused (Freimann 2004).

TÜ Kliinikum kuulub tervist edendavate haiglate võrgustikku, mille eesmärgiks on edendada nii patsientide kui ka haiglapersonali tervist (Tervise edendamine tervishoiuasutustes 2014). Patsientide toimetulek ja tervislikuma eluviisi poole liikumine sõltub suurel määral temaga kokku puutuvate inimeste mõjutavast tegevusest. Haiglas tegeleb patsientide ravi ja nõustamisega enamasti arst, kuid õdedel on samuti väga oluline ja järjest kasvav roll patsientide õpetamisel, juhendamisel ja nõustamisel. Haiglas töötavatel õdedel on oluline roll patsientide tervisekäitumise mõjutajana, kuna õed moodustavad tervishoiutöötajatest suurima osa ning puutuvad kõige enam

patsientidega kokku. Seega on oluline sellist ressursi osata tervisedendamiseks ära kasutada. (Whitehead 2005.)

Uurimistöös uuritakse uudse aspektina seoseid õdede tervisekäitumise ning valmisoleku vahel patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks. Nendest seostest arusaamine võimaldab kavandada vajalikke sekkumistegevusi õdede tervisekäitumise parandamiseks ning paremini planeerida õdede patsiendiõpetuse alast koolitust.

Magistritöö eesmärk on kirjeldada TÜ Kliinikumi õdede tervisekäitumist ja valmidust patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks, patsiendiõpetusega tegelemise sagedust ning selgitada seoseid õdede tervisekäitumise ja patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse vahel.

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist on püstitatud küsimused:

1. Milline on TÜ Kliinikumi õdede tervisekäitumine?
2. Milline on TÜ Kliinikumi õdede valmidus patsientide mõjutamiseks peamistes tervisekäitumise valdkondades: suitsetamine, alkoholi tarvitamine, toitumine ja kehaline aktiivsus?
3. Kui sageli tegelevad õed patsiendiõpetusega suitsetamise, alkoholi tarvitamise, toitumise ja kehalise aktiivsuse mõjutamiseks?
4. Millised on seosed õdede tervisekäitumise ja patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse vahel?

2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

2.1. Teoreetiliste lähtekohtade kirjeldus, võrdlus ja valiku põhjendus

Antud magistritöö sobib Ajzeni (1991) planeeritud käitumise teooriaga „*Theory of Planned Behaviour*“, mis aitab selgitada hoiakute ja käitumiste vahelisi seoseid. Teooria kirjeldab käitumise ennustamise võimalikkust hoiakute ja käitumise vaheliste seoste kaudu. Teooria tegeleb inimeste ja nende käitumist mõjutavate tegurite uurimisega – uuritakse uskumusi, hoiakuid, käitumiskavatsusi ja käitumist. Tervishoiuvaldkonnas rakendatakse planeeritud käitumise teooriat nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate uurimisel.

Teoorias kirjeldatakse käitumist mõjutavaid tegureid ja võimalust käitumist ennustada. Teooria keskendub inimese käitumise selgitamisele. Uuritakse, miks inimene nii käitub, nagu ta käitub, mis sellele käitumisele eelneb, mis seda mõjutab ja kuidas planeeritav käitumine teoks saab. (Ajzen 1991.) Planeeritud käitumise teooria selgitab suurel määral erinevaid käitumisviise, sealhulgas tervisekäitumist. Teooriat on edukalt kasutatud, et ennustada ja selgitada tervisekäitumist ning teisi tervisega seotud teemasid nagu suitsetamine, alkoholi tarvitamine, füüsiline aktiivsus, rinnaga toitmine, narkootiliste ainete tarvitamine, HIV ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamine, rasestumisvastaste vahendite kasutamine ja rinnavähi ennetus. (Glanz jt 2008.)

Kui seostada tervisega seotud käitumist nt madala rasvasisaldusega dieedi pidamist planeeritud käitumise teooriaga, siis teooria järgi dieedipidamise kavatsused koos oodatava käitumusliku kontrolliga ennustavad inimese käitumise tõenäosust. Madala rasvasisaldusega toidu söömise kavatsused on seotud tajutava sotsiaalse survega ning oma käitumise ülese kontrolliga. (Ajzen ja Manstead 2007.)

Teooria sobib magistritöö teoreetiliseks lähtekohaks, kuna see aitab selgitada ödede käitumisviise. Ödedel on erinevad hoiakud ja suhtumine. Kasulik oleks teada, kuidas ja kas see mõjutab ödede valmidust patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks.

2.2. Terviseriskid

Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization – WHO*) raporti järgi on enim surmasid põhjustavateks terviseriskideks kõrge vererõhk (põhjustab 13% maailma surmadest),

suitsetamine (9%), kõrge veresuhkur (6%), madal füüsiline aktiivsus (6%), ülekaal ning rasvumine (5%). Need riskitegurid on seotud südamehaiguste, diabeedi ning kasvajate arvu suurenemisega. (Global health risks 2009.)

2014. aastal moodustasid ülekaalulised 39% maailma täiskasvanud elanikkonnast, nendest 38% olid mehed ning 40% naised. Rasvunute hulk samal aastal oli 13%. Ülekaalulisus ja rasvumine on mitmete terviseprobleemide riskiteguriks, millest levinumad on: südame-veresoonkonna haigused, diabeet, osteoartriit ning kasvaja. (Obesity and overweight 2016.) Eestis oli ülekaalulisi inimesi 32,5% ning rasvunuid 19,5%. Meeste hulgas oli ülekaalulisus rohkem levinud kui naiste hulgas. (Tekkel ja Veideman 2015.)

Ülekaalulisust võib pidada üheks tänapäeva maailmas valitsevaks suureks terviseriskiks. Ühiskonnas on levinud linnastumine, elutempo on kiirem ning elukeskkond ning toitumine ebatervislikum (Global recommendations on physical ... 2010). Probleemiks on kerkinud inimeste vähene kehaline aktiivsus.

Piisav füüsiline aktiivsus on oluline, et vähendada südamehaiguste ning diabeedi riski. Samuti aitab see vähendada kõrget vererõhku ning depressiooni. Oluline roll enda liigutamisel on energiatasakaalu säilitamine, et kehakaalu kontrolli all hoida. WHO 2010. aasta andmete järgi pole 23% täiskasvanutest piisavalt aktiivsed. (Global recommendations on physical ... 2010.) Eestis on samuti täiskasvanud inimeste kehalise aktiivsuse näitajad probleemsed. Statistika järgi ei tegele tervisespordiga üldse mitte või tegeleb mõned korrad aastas 35% meestest ning 29,1% naistest, kes seda tervise tõttu teha võiksid. (Tekkel ja Veideman 2015.)

WHO on koostatud 18-64 aastastele täiskasvanutele soovitusel füüsilise aktiivsuse suhtes, et parandada südame-veresoonkonna ning lihaste tööd ja vähendada haigestumist kroonilistesse haigustesse:

1. Täiskasvanud vanuses 18-64 aastat peaksid tegema 150 minutit mõõduka intensiivsusega aeroobset füüsilist tegevust nädalas või vähemalt 75 minutit intensiivset aeroobset kehalist tegevust nädalas või võrdselt kombineerima mõõdukat ja intensiivset tegevust.
2. Kehalise aktiivsuse kestvus peaks olema vähemalt 10 minutit.
3. Selleks, et saada tervisele täiendavat kasu, tuleks mõõduka intensiivsusega kehalist tegevust sooritada 300 minutit või 150 minutit intensiivset tegevust nädalas või kombineerima võrdses mahust mõõdukat ning intensiivset kehalist tegevust.

4. Lihaste tugevdamiseks tuleks teha harjutusi suurtele lihasgruppidele 2 või enam korda nädalas. (Global recommendations on physical ... 2010.)

2.3. Õdede tervisekäitumine

Töös on keskseteks mõisteteks **tervisekäitumine** ning **patsiendiõpetus**. Need on töös esinevad olulisemad mõisted, mille defineerimine aitab töö eesmäärke paremini mõista.

Tervisekäitumine (*health behaviour*)- on defineeritud kui igasugune käitumine, mis aitab ennetada haigusi ning edendada tervist ja heaolu. Tervisekäitumise komponentidena on välja toodud suitsetamine, toitumine, kehaline aktiivsus, tervisekontroll, seksuaalkäitumine ja alkoholi tarvitamine. (Conner 2002.)

Erinevate riikide õdede tervisekäitumise uuringutes on leitud, et üsna suurel osal õdedest on probleeme tervisliku eluviisiga (Miller jt 2008, Malik jt 2011, Bakhshi jt 2015, Kyle jt 2015, Perry jt 2015). Kõige suuremaks probleemiks on erinevate uuringute andmetel liigne kehakaal – ligikaudu pooled uuringutes osalenud õdedest on ülekaalulised või rasvunud, samuti on probleemiks vähene kehaline aktiivsus ning suitsetamine ja alkoholi liigtarvitamine. Suurbritannias läbi viidud õdede tervisekäitumise uuringust selgus, et 44,7% uuringus osalenud registreeritud õdedest olid ülekaalulised või rasvunud, suitsetajaid oli õdede seas 19,2% ning ainult 54,6% vastasid, et tegelevad füüsilise aktiivsusega vähemalt 30 min (või rohkem) enamikul päevadel nädalas (Malik jt 2011).

Austraalias läbiviidud tervisekäitumise uuringu (Perry jt 2015) tulemused näitasid, et kõige sagedasemateks ja üldrahvastikuga võrreldes kõrgemateks tervisekäitumise riskideks õdedel olid puudulik köögiviljade ja puuviljade tarbimine, ülekaalulisus, rasvumine, alkoholi liigtarvitamine ning suitsetamine. Šotimaa uuringu tulemused näitasid, et õdedel olid võrreldes teiste tervishoiutöötajatega suuremad probleemid liigse kehakaaluga – õdede hulgas oli ülekaalulisi või rasvunud 69,1%, teiste tervishoiutöötajate hulgas oli ülekaaluliste või rasvunute osakaal 51,3% (Kyle jt 2015). Ka Ameerika Ühendriikides olid enam kui pooled (54,5%) õdedest ülekaalulised või rasvunud. Ülekaalulistest õdedest 53% mõistsid oma kaaluprobleemi, aga neil puudus motivatsioon elustiili muutmiseks ning 40% õdedest ei ole suutnud kaalu langetada ka tervislikult toitudes ja treeningkava järgides. (Miller jt 2008.) Hilisemas, Bakhshi jt (2015) poolt Suurbritannias läbi viidud õdede tervisekäitumise uuringust selgus, et 75% õdedest tegeleb mingil

määral füüsilise aktiivsusega. 47% vastanutest hindas oma kehakaalu normaalseks, 25% õdedest kuulusid ohtliku alkoholitarbimise riskirühma ning 11% vastanutest suitsetas.

Eesti tervist edendavate haiglate personali seas läbi viidud uurimuse põhjal selgus, et haiglatöötajatest kõige sagedamini suitsetasid üliõpilased ja õed ning kõige vähem suitsetajaid oli arstide hulgas. Õdedest suitsetas 20,7%. Leiti, et suitsetavatest õdedest 17,5% ei kavatse suitsetamisest loobuda ning 59,7% ei suutnud loobumise kohta aega määrata. (Suurorg ja Härm 2009.)

TÜ Kliinikumis 2011 aastal läbiviidud uuringu põhjal oli õdede hulgas suitsetajaid 20,3% ning 25% uuritavatest tarbis alkoholi üks või mitu korda kuus. Igapäevaselt alkoholitarbijaid oli 1,7%. KMI põhjal oli ülekaalulisi õdesid 48,8%. (Freimann jt 2016.)

Õdede kehva tervisekäitumise põhjused on seotud nende tööga. On leitud, et ametialased tegurid nagu ametikoht, töö iseloom, töötunnid ning vahetustega töötamine mõjutavad õdede kehakaalu ning kehalist aktiivsust. Ülekaalulisus on rohkem levinud õendusjuhtide hulgas ning samuti nende õdede seas, kes töötavad täiskohaga või rohkem kui 40 töötundi nädalas. Leiti, et öövalvetes töötavad õed tegelevad vähem jõutreeninguga ning nende üldine kehaline aktiivsus on madalam. Oluline seos esines õdede KMI ja füüsilise aktiivsuse vahel. Võrreldes regulaarse kehalise aktiivsusega õdedega oli rasvunute osakaal oluliselt suurem nende hulgas, kes ei olnud regulaarselt kehaliselt aktiivsed. (Chin jt 2016.)

Eelnimetatud uuringutest järeldub, et suur osa õdedest ei tegele tervisliku eluviisiga, mida nad peaksid oma patsientide hulgas propageerima. Ebatervislikud eluviisid ning ülekaalulisus ja rasvumine kahjustab õdede endi tervist ning ka nende rolli patsientide tervislike eluviiside ja käitumise edendamisel (Kyle jt 2015).

2.4. Patsientide tervisekäitumise mõjutamise võimalused ja viisid

Patsiendiõpetus (*patient education*)- on oluline osa tervishoiust, mis pakub patsiendile teavet ja oskusi, kuidas oma terviseprobleemiga toime tulla ja tervist säilitada (Oermann jt 2001). Freimann (2004) on oma magistritöös patsiendiõpetust defineerinud järgnevalt: „Patsiendiõpetus on protsess, mis hõlmab kõiki patsiendile suunatud õpetusega seotud tegevusi, sh patsiendi informeerimist, õpetamist ja nõustamist eesmärgiga hoida ja edendada patsiendi tervist“.

Õed on patsiendiõpetus kirjeldanud järgnevate märksõnadega: vestlus, dialoogi pidamine, küsimuste küsimine ja nendele vastamine, informeerimine, kommunikatsioon, nõu andmine, arutlemine, õpetamine, motiveeriv intervjuu (Bergh jt 2014).

Patsiendiõpetuse osutamise juures on oluline roll organisatsioonilistel ning keskkondlikel faktoritel. Õdesid uurides on leitud, et ainult vähestel (11%) on võimalus oma töökohal patsiendiõpetuse alaseid teadmisi arendada. (Bergh jt 2012.) Sellest võib järeldada, et õed vajaksid rohkem patsiendiõpetuse alast enesetäiendamist. Patsiendiõpetusega tegelemiseks on oluline leida piisavalt aega. Bergh jt 2012 aasta uuringust selgus, et õed kasutavad 23% oma vahetuse tööajast patsiendiõpetusega tegelemiseks. Vastanutest 40% leidis, et neil on sageli aega patsiendiõpetusega tegelemiseks, sealhulgas toodi välja, et patsientide õpetamiseks on vähem aega kui nende informeerimiseks. Probleemiks on ka see, et õed ei saa segamatult patsiendiõpetust osutada, haiglas töötavatest õdedest 75% leidsid, et patsiendiõpetusega tegelemise ajal häiritakse neid vähesel või rohkemal määral.

21. sajandi tervishoiu väljakutseks on üha kasvav krooniliste haiguste arv. See seab olulisele kohale tervisekäitumise muutmise. Inimesed peavad üha sagedamini tegelema oma käitumise muutmisega, et seeläbi oma tervist parandada ning haigusi ennetada. Üheks levinud patsientide nõustamisvormiks on motiveeriv intervjuu, mida kasutatakse selleks, et patsientide käitumist muuta. Motiveerivat intervjuud kasutatakse erinevate terviseprobleemide puhul: südame-veresoonkonna haigused, diabeet, ülekaalulisus, hüpertensioon, suitsetamine, alkoholisõltuvus ja HIV-nakkus. (Rollnick jt 2011.)

Motiveeriv intervjuu põhineb tervishoiutöötaja ning patsiendi koostööl. Oluline on omavaheline partnerlus, kus vestluse käigus tehakse ühiselt otsuseid. Motiveeriva intervjuu käigus püütakse patsientides esile tuua tema enda motivatsioon oma käitumist muuta. Tähtsaks osaks on patsientide otsuseid ja valikuid austav suhtumine, inimene muudab ennast enda jaoks, mitte ei tee seda, mida talle peale surutakse. (Rollnick jt 2011.)

Rootsis uuriti õdede kogemusi motiveeriva intervjuu kasutamisel. Õed leidsid, et avatud lähenemine ning toetav töökeskkond soodustavad motiveeriva intervjuu kasutamist. Jõuti järeldusele, et motiveeriva intervjuu kasutamine aitab kaasa patsientide eluviiside muutmisele. (Brobeck jt 2011, Östlund jt 2015.) Leiti, et motiveeriva intervjuu kasutamine arendab õe oskusi. Motiveeriva intervjuu meetodi mittekasutamisel toodi põhjusteks, et koolituse maht on vähene,

pole huvi ega sobivaid tööülesandeid, kus seda kasutada. Uuringus toodi välja, et õdedel pole sageli piisavalt aega, et motiveerivat intervjuud kasutada. (Östlund jt 2015.)

2.5. Õdede valmisolek patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks

Uurides õdede enesehinnangulist valmidust patsiendiõpetuse osutamiseks on leitud, et 57% õdedest peab ennast patsiendiõpetuse valdkonnas asjatundlikuks. Esines erinevus esmatasandil ning haiglas töötavate õdede vahel. Selgus, et esmatasandil töötavad õed peavad ennast patsiendiõpetuse kui ka informeerimise valdkonnas enam pädevamaks kui haiglas töötavad õed. Patsiendiõpetust pidas oluliseks osaks oma igapäevatööst 49% õdedest. Esmatasandil töötavad õed pidasid patsiendiõpetuste osa oma tööst suuremal määral olulisemaks kui haiglas töötavad õed. (Bergh jt 2014.)

Õdede poolt osutatava patsiendiõpetuse kitsaskohtadena on välja toodud õdede vähene teadusuuringute kasutamine ning nende puudulikud pedagoogilised oskused ehk neil puudub pedagoogiline taust (Bergh jt 2014).

Miller jt (2008) leidsid oma uuringus, et enamik (93%) õdedest said aru, et ülekaalulised või rasvunud patsiendid vajavad abi, kuid 76% õdedest vastasid, et nad isegi sel juhul ei osuta sekkumistegevust. Õdedest 51% hindasid ennast patsientide kaalulanguse nõustamise osas pädevaks, aga 78% vajaksid täiendkoolitust seoses kaalulangetamisega seotud sekkumistegevustega (Miller jt 2008). Suurbritannias leiti, et vähem kui pooled (47%) õdedest tegelesid kehalise aktiivsuse alase patsiendiõpetusega. Uuringu põhjal nähakse vajadust õdede koolitamiseks, et tagada efektiivsem füüsilise aktiivsuse alane nõustamine. Soovitakse, et õed oleksid teadlikud füüsilise aktiivsuse edendamise strateegiatest ning programmides, et saaks neid teadmisi oma tööpraktikas edukalt kasutada. (Bakhshi jt 2015.)

Samuti oleks vajalik tähelepanu pöörata ka õdede kehalise aktiivsuse suurendamiseks, kuna on leitud, et õdede kehaline aktiivsus mõjutab patsientidele füüsilise aktiivsuse osas nõu jagamist (Lobelo ja de Quevedo 2014). Kehalise aktiivsuse edendamisega patsientide hulgas on seotud ka õdede kehakaal ning tajutud tervislik seisund (Bakhshi jt 2015). On leitud, et tervishoiutöötajad, kes on ise kehaliselt aktiivsed, osutavad oma patsientidele suurema tõenäosusega kehalise aktiivsuse alast nõustamist (Fie jt 2013, Lobelo ja de Quevedo 2014).

Inglismaa õdede tervisliku eluviisi ja tervisekäitumise hoiakute uuringust selgus, et õed, kes ise ei tarbinud alkoholi, pidasid alkoholi mittetarbimist olulisemaks, kui need õed, kes tarbisid alkoholi. Samas suitsetajate ja mitesuitsetajate hoiakute vahel erinevust ei leitud. (Callaghan jt 1999.) Duaso jt (2017) on leidnud, et suitsetavatel õdedel on negatiivne mõju patsientide suitsetamisest loobumisele. Tulemustest selgus, et suitsetavad õed nõustavad oma patsiente 13% võrra vähem suitsetamisest loobuma, kui mitesuitsetavad õed. Samuti oli suitsetavate õdedel puhul patsientide suitsetamisest loobumise järelkontrolli teostamine 25% võrra vähem tõenäolisem.

Nõustajate enda hoiakud mõjutavad patsientide tervisekäitumise alast nõustamist (Howe jt 2010). Väljakujunenud väärtushinnangute muutmine pole kerge ning nõuab oskuslikku lähenemist. Tavaliselt esitavad õed tervisekäitumisega seotud seisukohti patsiendile ootuspärasel viisil, kuid esineb ka väärtuspõhiseid konflikte. (Chambers ja Narayansamy 2007.) Õdede enda tervisekäitumine mõjutab nende rolli patsientide tervislike eluviiside ja käitumise edendamisel. Halb tervisekäitumine kahjustab lisaks õdede enda tervisele ka nende rolli tervisedendajana. (Kyle jt 2015.)

Arstide hulgas on leitud, et need, kes ise suitsetavad, nõustavad oma patsiente suitsetamisest loobuma vähema tõenäosusega, kui need, kes ei suitseta või kavatsevad suitsetamisest loobuda. Sarnane seos nõustamisega leiti kehalise aktiivsuse puhul. Arstid, kes ise tegelesid regulaarselt kehalise treeninguga ja nautisid seda, olid nõustamisel enesekindlamad ning tegelesid patsientidega rohkem. Mitmed arstide hulgas tehtud uuringud on ka kinnitanud väidet, et arstide enda toitumine ja kehaline aktiivsus mõjutavad patsientide nõustamist positiivselt. Olles ise tervislike eluviiside jälgijad, suudavad nad patsiente rohkem motiveerida, olles patsientide nõustamisel enesekindlamad ning tekitades neis usaldust. (Frank jt 2000, Lobelo jt 2008, Lobelo ja de Quevedo 2014.)

Autorile teadaolevalt on õdede tervisekäitumist ja valmidust patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks vähe uuritud. Samuti on leitud, et õdede tervisekäitumise hoiakud on õenduse valdkonnas vähe uuritud ning edaspidi võiks uurida õdede sotsiaalmajandusliku olukorra ja tervises seisundi mõju tervisekäitumisele (Callaghan jt 1999). Eesti arstide hulgas läbi viidud uuringust selgus, et arstid nõustasid patsiente kehalise aktiivsuse suhtes sageli ning pidasid seda ka kõige olulisemaks mõjutajaks, millega elustiili tervislikumaks muuta (Suija jt 2011). Sarnaselt sellele uurimusele oleks informatiivne uurida õdede tervisekäitumist ning lisaks füüsilisele aktiivsusele, lisada veel teisi komponente nagu suitsetamine, toitumine ja alkoholi tarbimine. Kuna õed tegelevad patsientide õpetusega, siis saaks nende teemade vahel seoseid luua.

Kirjanduse põhjal on õdede tervisekäitumisega seotud põhiliste probleemidena kirjeldatud ülekaalulisust, suitsetamist, alkoholi liigtarvitamist ning vähest kehalist aktiivsust (Miller jt 2008, Malik jt 2011, Bakhshi jt 2015, Kyle jt 2015). Õdede kehvast tervisekäitumisest nähtakse ohustavat probleemi õdede kuvandile tervislike eluviiside edendajana (Malik jt 2001). Vähe on uuritud seoseid õdede tervisekäitumise ja selle mõjutamisel patsientide tervisekäitumise muutmiseks. Ühiskonnas tuleks õdede tervisekäitumisele rohkem tähelepanu pöörata. Tervisekäitumine ning valmidus patsientide tervisekäitumise muutmise alaseks õpetuseks ning selle osutamise sagedus vajaksid seega uurimist.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Tegemist on kvantitatiivse empiirilise uurimistööga, mis võimaldab kasutada suurt valimit ja numbrilist andmebaasi. Antud töö teadusfilosoofiaks sobib positivism, kuna selle korral on tähtis objektiivsus, subjektiivsust ei tunnistata. Positivismi korral kasutatakse kvantitatiivset uurimismeetodit. Positivismi eesmärgiks on ennustada, selgitada ja kontrollida nähtuste esinemist. (Rodgers 2005.)

Uurimistöodes kajastuvad positivismi põhimõtted kvantitatiivsete tööde juures, kus kasutatakse vahendina küsimustikke või mõõtmisi. Tulemustena saadakse konkreetsed statistilised andmed, mille põhjal saab teha tõestatud faktidele toetuvaid järeldusi. Õendusteadusliku uurimustöö eesmärgiks on anda oma panus, et teaduslikult selgitada tervishoiu ümber esinevaid nähtusi. Kombineeritakse tõenduspõhiseid tulemusi, et edendada praktikat, arendada tehnilisi protseduure, muuta haiguste ja riskide vältimise viise ning pakkuda uuenduslikke meetodeid. Positivismi mõju on eriti märgata haiglapraktikas, kus kasutatakse teaduspõhiseid kvantitatiivsel meetodil läbi viidud uuringuid. Traditsiooniliselt mängivad arvandmed õendusabi tulemuslikkuses suurt rolli. (Landeros-Olvera 2009.)

Antud töös kasutatakse läbilõikeuuringut, kuna see meetod võimaldab uurida õdesid lühikese ajaperioodi jooksul (Burns ja Grove 2001).

3.2. Uuritavad

Uuritavateks olid TÜ Kliinikumi statsionaarsete osakondade õed. Valimi moodustasid 459 uuritavat 28-st osakonnast. Uuringus osalenud osakonnad: hematoloogia ja luuüdi transplantatsiooni osakond, kirurgilise onkoloogia osakond, radio-ja onkoterapia osakond, abdominaalkirurgia osakond, uroloogia ja neerusiirdamise osakond, veresoontekirurgia osakond, üldkirurgia ja plastilise kirurgia osakond, pulmonoloogia ja torakaalkirurgia osakond, tuberkuloosiosakond, kõrvakliiniku statsionaarne osakond, nahakliiniku statsionaarne osakond, neurokirurgia osakond, neuroloogia osakond, silmakliiniku statsionaarne osakond, gastroenteroloogia osakond, nakkushaiguste osakond, nefroloogia osakond, sisehaiguste reumatoloogia-endokrinoloogia osakond, statsionaarse taastusravi osakond, statsionaarne õendusabi osakond, näo-lõualuudekirurgia osakond, erakorralise kardioloogia osakond,

kardiokirurgia osakond, kardioloogia osakond, ortopeedia osakond, traumatoloogia osakond, günekoloogia osakond, üldpsühhiaatria keskus. Uuringus ei osalenud intensiivravi-, laste- ja sünnitusabi osakonnad ning psühhiaatria akuutravi osakond. Uuringus osalemise kriteeriumiks oli õena töötamine statsionaarses osakonnas. Valimi moodustasid kõik uuritavad, kes selle kriteeriumi täitsid. Uuringusse valiti ainult statsionaarsete osakondade õed, kuna võrreldes ambulatoorsete osakondade õdedega on neil erinevad võimalused patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks. Statsionaarses osakonnas töötaval õdedel on võimalus tervisekäitumise mõjutamisega tegeleda pikema ajaperioodi jooksul, ambulatoorsel vastuvõtul on aeg piiratud.

3.3. Andmete kogumine

Kvantitatiivse uurimismetoodika puhul kasutatakse andmete kogumiseks sageli küsimustikke (Burns ja Grove 2001). Käesolevas uuringus koguti andmed elektroonilise ankeediga. Enne uuringu toimumist pandi õdede teavitamiseks osakondade infotahvlile üles uuringut tutvustav kiri (lisa 1). Küsimustik koostati internetikeskkonnas ning viide küsimustikule saadeti igale uuritavale e-posti kaudu. TÜ Kliinikumis on igal õel olemas tööga seotud e-posti aadress. Valitud uurimismeetod võimaldab küsimustike edastamist korraga kõikidele uuritavatele ning automaatne andmete kogumine tagab aja kokkuhoiu. Uuritavad saavad küsimustikku täita neile sobival ajal ning täidetud ankeedi ärasaatmine on lihtne. Internetikeskkonnas koostatud küsimustikud on keskkonnasäästlikkust ja rahalisi kulusi silmas pidades sobivamad kui paberkandjal ankeedid. (Wright 2005.)

Uurimistöös kasutati enesehindamisel põhinevat küsimustikku. Tulenevalt uuringu eesmärgist, keskenduti küsimustiku koostamisel neljale tervisekäitumisega seotud valdkonnale: toitumine, kehaline aktiivsus, suitsetamine ja alkoholi tarvitamine. Need tervisekäitumise valdkonnad valiti välja lähtuvalt Eesti täiskasvanud elanike tervisekäitumise uuringutes kasutatud küsimustikust (Tekkel ja Veideman 2015). Küsimustiku esimene osa koosnes küsimustest, millega sooviti uurida õdede taustaandmeid ja tervisekäitumist. Teise osa küsimustega sooviti selgitada õdede valmisolekut patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks patsiendiõpetuse abil ja kui sageli õed patsiendiõpetusega tegelikult tegelesid.

Kuna magistritöö mõõdikut pole sellisel kujul varem kasutatud, siis viidi läbi mõõdiku testimine. Mõõdiku testimiseks paluti kahe osakonna õdedel täita elektrooniline küsimustik ning vastata küsimustiku kohta esitatud küsimustele. Küsimustiku lõpus olid tagasisideküsimused küsimustiku arusaadavuse, täitmisele kulunud aja kohta ning võimalus vabas vormis kommentaaride ja

ettepanekute kirjutamiseks. Uuringus osalenud osakonnad valiti juhuslikult, lähtudes osakonnas töötavate õdede arvust. Enne uuringu läbiviimist saadeti osakonna vanemõdedele uuringu tutvustus ning küsiti uuringu läbiviimiseks luba. Prooviuuringus osalesid veresoontekirurgia ning hematoloogia ja luuüdi transplantatsiooni osakonna õed. Prooviuuringu tulemusi kasutati küsimustiku parendamisel. Küsimustiku testimise tulemusena muudeti kehalise aktiivsuse hindamist nii, et uuritavad said küsimustele vastata numbrilise vastusega.

Küsimustiku koostamisel kasutati erinevaid varem kasutatud küsimustikke. Õdede toitumise ja suitsetamise hindamiseks valiti küsimused „Eesti täiskasvanud elanike tervisekäitumise uuringu“ küsimustikust (Tekkel ja Veideman 2015). Uuringu tulemuste osas arvutati ka õdede kaalu ja pikkuse põhjal kehamassiindeks (KMI), mille kohaselt KMI <18,5 on tegemist alakaaluga, normaalkaalus inimeste KMI loetakse vahemikku 18,5-4,9 ning 25-29,9 loetakse ülekaaluks ja KMI üle 30 on rasvumine (TAI toitumisprogramm).

Küsimused toitumise ja suitsetamise kohta on juba aastaid „Eesti täiskasvanud elanike tervisekäitumise uuringutes“ kasutusel olnud ja seega on nende valiidsus ja reliaablus kinnitust leidnud (Tekkel ja Veideman 2015). Alkoholarvitamise hindamiseks kasutati WHO ekspertide poolt välja töötatud AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) küsimustikku, mis on tõlgitud eesti keelde ning mida on kasutatud perearstide poole pöördunud patsientide alkoholarvitamise hindamiseks (Saame jt 2011, Tähepõld jt 2012, Põlluste jt 2016a). AUDIT testist tulenevalt võib alkoholi tarvitamise punktisummat 0-7 lugeda madalaks riskiks ehk tervist mitteohustavaks käitumiseks ja punktisummat 8-15 tervist ohustavaks käitumiseks (Babor jt 2001). Lisaks üldskoorile arvutati ka alaskoorid, kus 1.-3. küsimuse skooride summa kirjeldab alkoholarvitamise sagedust ja kogust, võimaliku sõltuvusprobleemi esinemist näitab nullist suurem 5.-6. küsimuse skooride summa ning kahjustavat tarvitamist ja probleeme igapäevaelus näitab, kui 7.-10. küsimuse skooride summa on nullist suurem (Babor jt 2001, Põlluste jt 2016b).

Kehalise aktiivsuse hindamiseks kasutati rahvusvahelist kehalise aktiivsuse hindamise küsimustikku IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), mida Eestis on varem kasutatud perearstide kehalise aktiivsuse hindamisel (Suija jt 2011). IPAQ küsimustiku järgi jagatakse inimesed kolme kategooriasse: mitteaktiivsed, minimaalselt aktiivsed ja HEPA (*health enhancing physical activity*) kategooria ehk tervist parandava füüsilise tegevuse kategooria. Minimaalne aktiivsuse tase tähendab, et täidetud on rohkem kui minimaalne tase, mis on täiskasvanud elanikele soovitatav. HEPA kategooriasse kuuluvad kõrge kehalise aktiivsusega inimesed. (Guidelines for Data Processing ... 2004.)

Tervisekäitumist hindavatele küsimustele lisati antud uurimistöös kasutatud küsimustikku küsimused taustaandmete ning tervisekäitumise mõjutamise valmiduse ja sageduse kohta (lisa 2). Küsimustikuga saadeti kaasa uuringut tutvustav kaaskiri.

Kokku on küsimustikus 39 küsimust, millest 11 on avatud ja 28 suletud küsimused. Avatud küsimuste puhul sooviti numbrilist vastust ning suletud küsimuste korral tuli valida etteantud vastusevariantidest vastaja jaoks sobivaim. Küsimustikus uuriti pidevate arvtunnustena vanust, kaalu ja pikkust. Kaalu ja pikkuse väärtuste põhjal arvutati kehamassiindeks. Kehamassiindeksi leidmiseks jagati kehakaal kilogrammides pikkuse ruuduga meetrites (Obesity and overweight 2016). Mittearvuliste järjestustunnustena uuriti õdede hinnanguid tervises seisundi ja füüsilise vormi kohta ning hinnangut patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmidusele. Küsimustikule vastamiseks kulub keskmiselt 10-15 minutit.

Küsimustikule vastamine oli vabatahtlik ja anonüümne. Enne uuringu läbiviimist teavitati osakondade vanemõdesid eelseisvast uuringust ning uuringu sisu ja eesmärgi tutvustati ka ülemõdede nõukogu koosolekul. Seejärel saadeti küsimustik uuritavatele täitmiseks. Uuringuperioodi jooksul saadeti ka kaks meeldetuletuskirja.

3.4. Andmete analüüs

Õdede tervisekäitumise, patsiendiõpetuseks valmisoleku ja patsiendiõpetuse läbiviimise sageduse hindamiseks kasutati kirjeldavat statistikat. Tulemuste esitamiseks kasutati sagedusjaotustabeleid ja diagramme. Tunnustevahelisi seoseid analüüsiti korrelatsioonanalüüsi abil. Andmete analüüsiks valiti Spearmani korrelatsioonikordaja, kuna sellega saab mõõta seoseid kahe arvulise või pikema skaalaga järjestiktunnuse vahel. Seda saab kasutada nt usaldus- või meeldivushinnagute vaheliste seoste uurimiseks või kasutada arvulisi tunnuseid. (Rootalu 2014.) Spearmani korrelatsioonanalüüsiga mõõdeti õdede tervisekäitumise seoseid taustandmetega. Korrelatsioonanalüüsi tulemuseks saadakse korrelatsioonikordaja (ρ), mille väärtus jääb vahemikku $-1 \dots 0 \dots 1$. Seose tugevuse hindamiseks on erinevad vahemikud. Võrdlemisi tugevaks seoseks peetakse korrelatsioonikordajaid alates 0,8 ning võrdlemisi nõrgaks võib pidada seoseid 0,3 ja alla selle. (Ormisson 2010.) Seoste olulisuse piiriks loeti $p < 0,05$. Analüüsi teostamiseks kasutati arvutiprogrammi SPSS Statistics 24.0 for Windows.

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Kuna magistr töö mõõdikut pole sellisel kujul varem kasutatud, siis viidi mõõdiku testimiseks läbi prooviuuring. Mõõdiku testimiseks paluti kahe statsionaarse osakonna õdedel täita küsimustik ning vastata küsimustiku kohta esitatud küsimustele. Tulemusi kasutati mõõdiku parendamisel. Küsimustiku eri osade usaldusväärsuse hindamiseks arvutati Cronbachi alfa koefitsient. Seda kasutatakse, kui on tegemist mitmeid Likert skaalasid sisaldavate küsimustikega ning soovitakse kindlaks teha skaala usaldusväärsust. Cronbachi alfa koefitsient jääb vahemikku ühest kuni nullini. Mida kõrgem on Cronbachi alfa, seda usaldusväärsem on skaala (küsimustik). (Bland 1997.) Cronbachi alfa arvutamise tulemust peetakse rahuldavaks kui $\alpha > 0,7$ ja heaks kui $\alpha > 0,8$ (Osula 2010). Antud uurimistöö jaoks arvutati Cronbachi alfa väärtused küsimuste 33-49 kohta ehk nende küsimuste kohta, mida töö autor lisas juba varasemalt tunnustatud küsimustikest võetud küsimustele juurde. Cronbachi alfa väärtus oli nende 8 küsimuse põhjal 0,84, eraldi patsiendiõpetuse valmiduse küsimuste osas 0,86 ning patsiendiõpetuse osutamise sageduse osas 0,83. Antud küsimustikku võib nende andmete põhjal hinnata usaldusväärseks.

3.6. Eetilised lähtekohad

Uurimiseetika probleemide vältimiseks ei kasutatud küsimustikus vastaja isikut identifitseerida võimaldavaid tunnuseid (nimi, isikukood, täpne sünniaeg, sugu). Uuringus osalemine oli vabatahtlik, mis oli tagatud sellega, et iga uuritav otsustas ise, kas vastab küsimustele või mitte. Keegi ei saa tuvastada, kes on vastanud ja kes pole. Antud uuringuga ei kahjustatud kedagi isiklikult ega kaudselt. Eraelu puudutavaid ning delikaatseid isikuandmeid ei kogutud, uuring ei põhjustanud füüsilist ega vaimset traumat.

Konfidentsiaalsuse tagamiseks hoiti analüüsitava materjali parooliga kaitstud arvutis, mis oli kättesaadav vaid uurijale. Kogutud andmeid kasutati vaid käesolevas magistr töö, tulemused avaldatakse üldistatult. Tulemusi kavatakse publitseerida magistr töö ja teadusartiklina. Kuna kogutavad andmed on unikaalsed, siis säilitatakse andmed edasiste võimalike jätku-uuringute jaoks, et hinnata edaspidiste interventsioonide (nt koolituste) mõju tervisekäitumise ja hoiakute võimalikule muutumisele. Kogutud materjal on väärtuslik algmaterjal edasiste uuringute jaoks. Magistr töö tulemusi saavad kasutada tervishoiu valdkonna uurijad, tervishoiujuhid, -koolitajad ja -töötajad ning tulemustest on kasu ka patsientidele. Töö tulemuste põhjal saab kavandada vajalikke sekkumistegevusi õdede tervisekäitumise parandamiseks ning patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks vajalike koolituste korraldamiseks.

Võimalike plagiaadikahtluste, viitamise ja vormistuse reeglite rikkumise vältimiseks jälgiti Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli kirjalike tööde vormistamise ning magistritöö koostamise juhendit. Uurimistöö läbiviimiseks saadi TÜ inimuuringute eetika komitee luba (lisa 3).

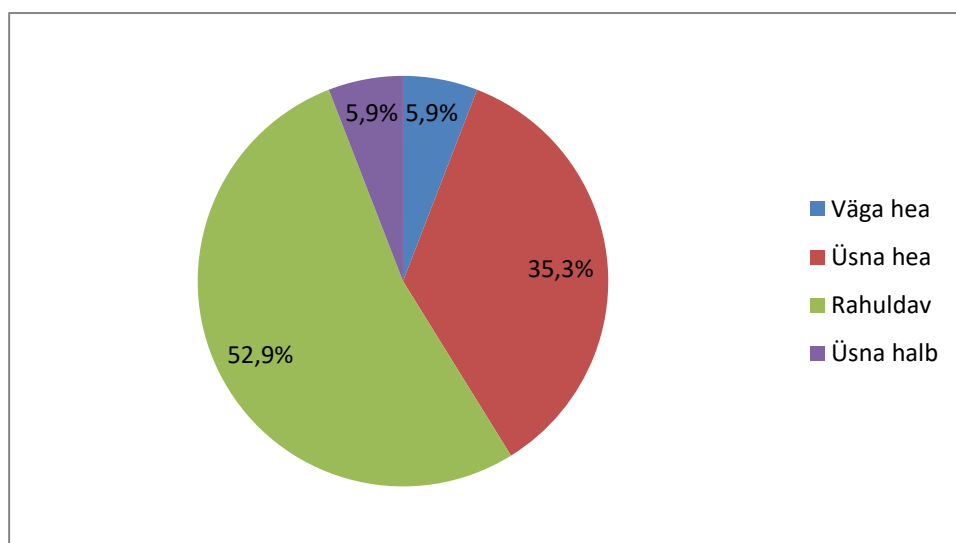
4. TULEMUSED

4.1. Uuritavate kirjeldus

Uuringus osalemiseks saadeti küsimustik 459-le uuritavale ja vastanuid oli kokku 102 ehk uuringus osales 22,2% uuritavate koguarvust. Uuritavate keskmine vanus oli 38,5 aastat, kõige noorem oli 23-aastane ja kõige vanem osaleja 66-aastane. Keskmine kehamassiindeks oli 26,3 ning kõige madalam 16,1 ja kõrgeim 44,6. KMI oli üle normväärtuse 52%-l uuritavatest, ülekaalulisi ($KMI \geq 25$) oli kõigist uuritavatest 29,4% ja rasvunud ($KMI \geq 30$) 22,6%. Normaalkaalulisi ($KMI = 18-24,9$) oli uuritavate hulgas 48%, kahe (2%) uuringus osalenud õe $KMI < 18$.

Üldiselt olid õdede hinnangud oma tervisele suhteliselt kõrged. Heaks ja üsna heaks hindas oma tervist 74 uuritavat (72,6%). Rahuldavaks hindas tervist 26 inimest ehk 25,5% vastanutest ning üsna halvaks ja halvaks 2 vastanut (2%). Leiti, et õdede vanus ja KMI ei avalda mõju tervisehinnangutele ehk nende vahel ei esinenud statistiliselt olulist seost.

Pikaaegset (kroonilist) haigust või terviseprobleemi esines 50-l (49%) uuritaval. Nendest õdedest 25 (50%) leidis, et nende igapäevategevusi pole terviseprobleem viimase 6 kuu jooksul üldse piiranud. Terviseprobleem oli piiranud, aga mitte oluliselt 23-e inimest (46%). Terviseprobleem oli igapäevategevusi oluliselt piiranud kahel inimesel (4%).



Joonis 1. Hinnang füüsilisele vormile/kehalisele võimekusele

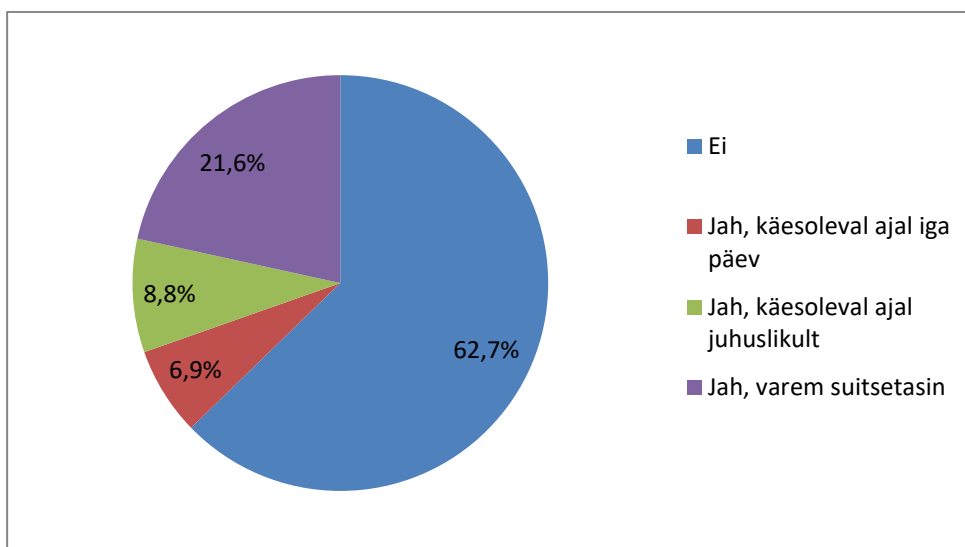
Jooniselt 1 selgus, et oma füüsilist vormi hindas väga heaks ja üsna heaks 41,2% ning üsna halvaks 5,9% vastanutest.

IPAQ küsimustiku tulemustest selgus, et uuritavatest 49,0% olid kehalise aktiivsuse poolest mitteaktiivsed, minimaalse aktiivsusega oli 22,5% ning 28,4% kuulusid HEPA aktiivsuse kategooriasse.

Uurides ödede KMI ja hinnanguid füüsilisele vormile, selgus, et normkaaluga inimesed hindavad oma füüsilist vormi kõrgemalt, 61,2% normkaaluga inimestest hindas oma füüsilist vormi väga heaks või üsna heaks, ülekaaluliste hulgas oli neid 30% ning rasvunudest 13%. KMI ja füüsilise vormi hinnangute vahel ei esinenud statistiliselt olulist seost.

4.2. Tervisekäitumine

Rohkem kui neli viiendikku (84,3%) kõigist uuritavatest olid mittersuitsetajad, sh 21,6% olid suitsetamisest loobunud. Suitsetajatest 6,9% olid igapäevasuitsetajad ning 8,8% pidasid end juhusuitsetajateks. Ödede suitsetamist kirjeldab joonis 2.



Joonis 2. Ödede suitsetamine

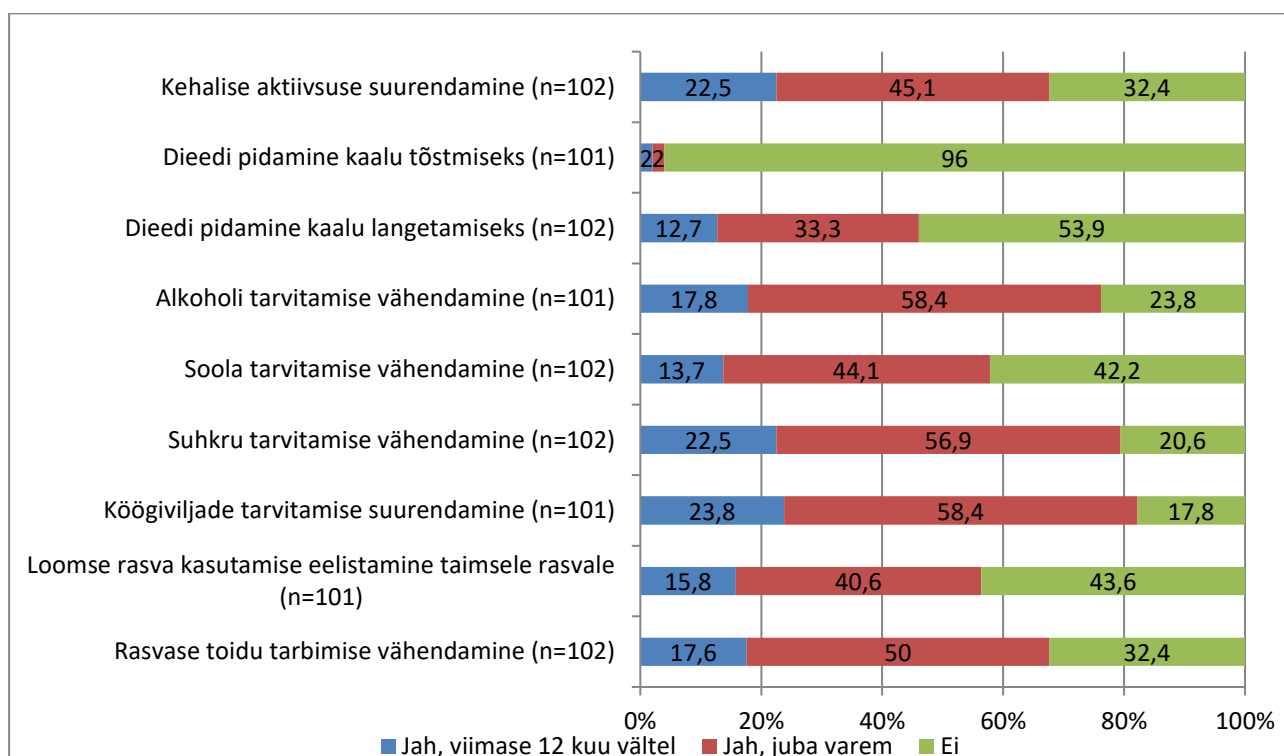
Igapäeva- ja juhusuitsetajatest (n=16) olid enam kui pooled (62,5%) suitsetanud viimati, kas küsitlusele vastamise või küsitluse eelsel päeval, 25% 2-30 päeva enne küsitlusele vastamist ning 2% enam kui kuu enne küsitlust. Suitsetamisest loobunudate hulgas (n=21) oli enamikul (95,2%) viimasest suitsetamisest möödas enam kui aasta. Suitsetajatest rohkem kui pooled ehk 53,3% sooviksid suitsetamisest loobuda, ülejäänud uuritavad, kas ei soovi suitsetamisest loobuda (13,3%)

või ei osanud sellele küsimusele oma vastust anda (33,3%). Küsimusele, millal prooviti viimati suitsetamisest loobuda nii, et oldi vähemalt 24 tundi ilma suitsetamata, vastasid 14 suitsetajat järgmiselt:

- 1) viimasel kuul – 21,4%;
- 2) 1-6 kuud tagasi – 28,6%;
- 3) 6-12 kuud tagasi – 14,3%;
- 4) rohkem kui aasta tagasi – 21,4%;
- 5) pole kunagi proovinud loobuda – 14,3%.

Suurem osa uuritavatest ehk 84,3% söövad enamasti hommikusööki. Harva söövad hommikul 9,8% uuritavatest ning üldse ei söö 5,9%. Kohvi ei joo 19,6% uuritavatest, kohvi joob ühe tassi päevas 33,3% ning samuti 33,3% ödedest joob kohvi kaks tassi päevas. Neli tassi päevas tarbib kohvi 6,9%.

Uuritavatel paluti ka vastata, kas ja kuidas nad on muutnud oma eluviisi. Kõige enam on muudetud oma toitumist – suurendatud köögiviljade tarvitamist ning vähendatud suhkru ja rasvaste toitude tarvitamist. Samuti on vähendatud alkoholitarvitamist ning suurendatud kehalist aktiivsust. Uuringus osalenute eluviisi muutusi kirjeldab joonis 3.



Joonis 3. Eluviisiga seotud muutused viimase 12 kuu jooksul või varem

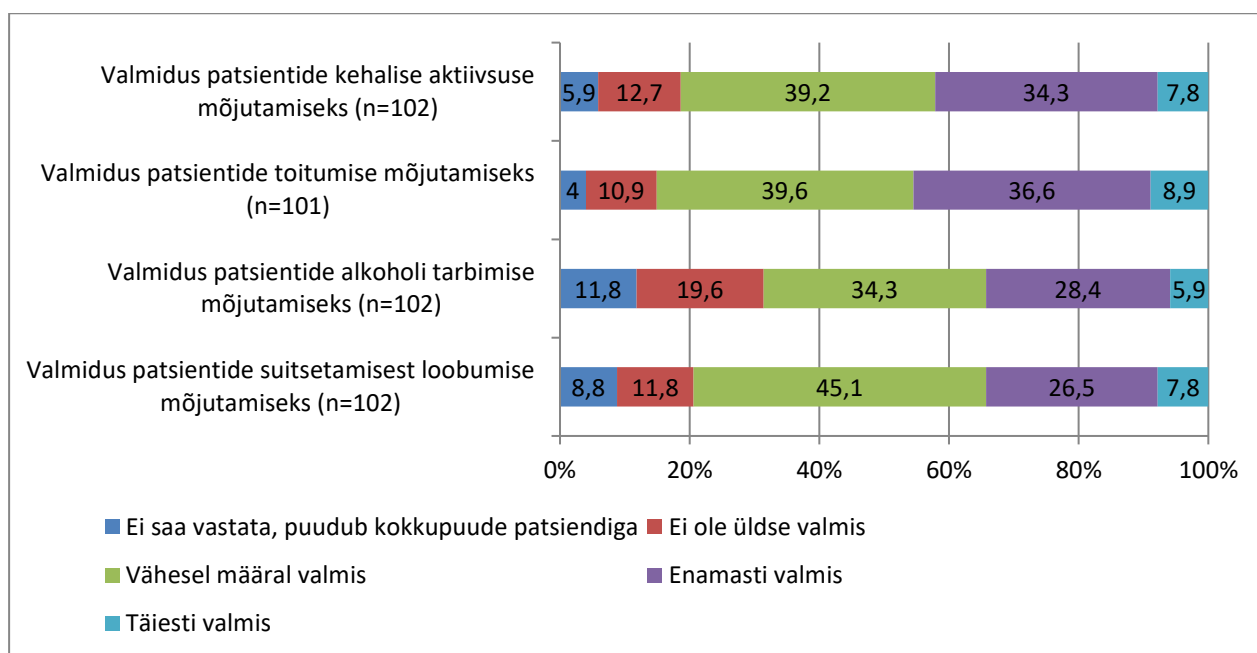
Ülekaalulised uuritavad on võrreldes normkaalus olevatega viimase 12 kuu jooksul või juba varem rohkem oma toitumisharjumusi muutnud. Ülekaalulised õed on rohkem vähendanud rasvase toidu, suhkru ja soola tarbimist ning suurendanud köögiviljade tarvitamist.

Uurides KMI-t ja dieedi pidamist, leiti, et 60,4% ülekaalulistest uuritavatest on viimase 12 kuu vältel või juba varem pidanud dieeti kaalu langetamiseks ning normkaaluga inimestest oli dieeti jälginud 30,6% vastanutest. Selgus, et ülekaalulised inimesed on võrreldes normkaalus olevate uuritavatega enam tegelenud kehalise aktiivsuse suurendamisega. Ülekaalulistest uuritavatest 77,4% on viimase 12 kuu vältel või juba varem suurendanud kehalist aktiivsust, normkaalus õdedest oli nende hulk 57,1%. KMI ja eluviisiga seotud muutuste vahel ei esinenud statistiliselt olulisi seoseid.

Alkoholi tarvitamise kohta tehtud AUDIT testist selgus, et 10,8% uuritavatest ei tarvitanud üldse alkoholi, 87,2% vastanute alkoholitarvitamine oli madala riskiga ning 2% kuuluvad ohustava alkoholitarvitamise gruppi. AUDIT alaskooride arvutamise tulemusena leiti, et alkoholi tarvitavatest uuritavatest 7,6%-l on võimalik või algav sõltuvus ning 21,9% on kokku puutunud tervist kahjustava alkoholitarbimisega.

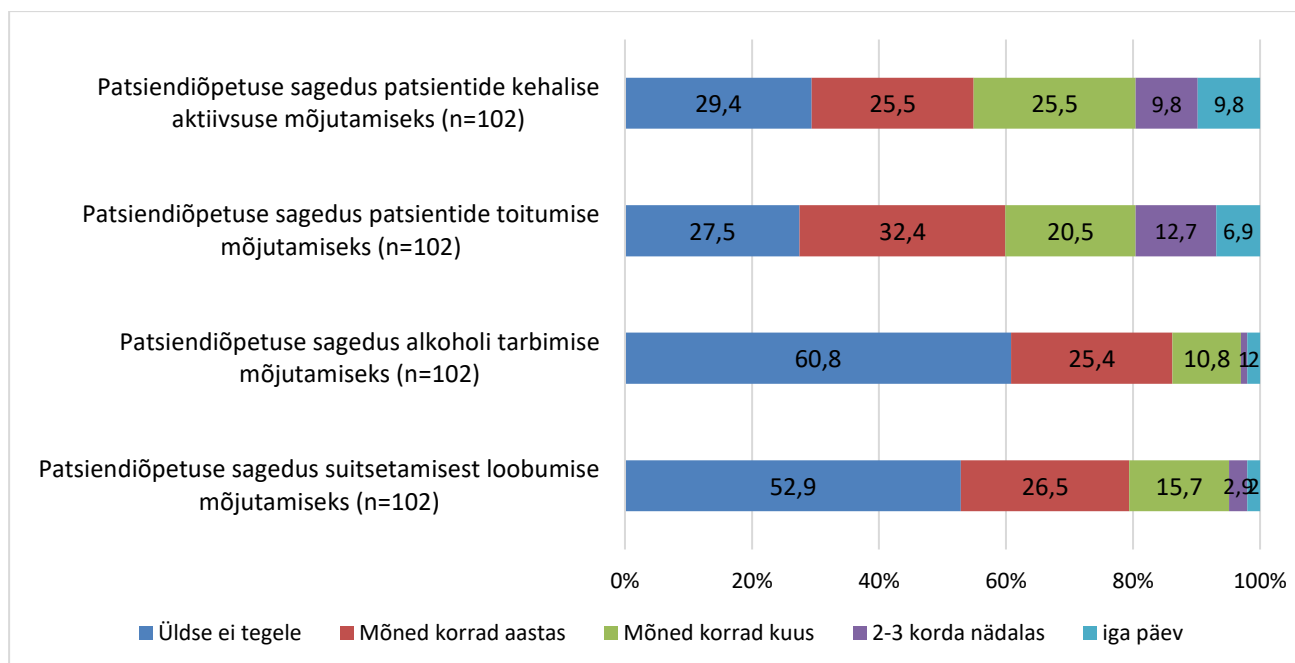
4.3. Õdede valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks ja patsiendiõpetuse läbiviimise sagedus

Uuritavatest õdedest olid nõustamise või patsiendiõpetuse alast koolitust saanud peaaegu kaks kolmandikku (64,7%). Õdede valmidust patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks kirjeldab joonis 4, patsiendiõpetuse läbiviimise sagedus on esitatud joonisel 5.



Joonis 4. Õdede valmidus patsientide mõjutamiseks peamistes tervisekäitumise valdkondades: suitsetamine, alkoholi tarvitamine, toitumine ja kehaline aktiivsus

Jooniselt järeldub, et kõige enam olid õed valmis tegelema patsientide toitumise ja sellele järgnevalt kehalise aktiivsuse mõjutamisega. Alkoholi tarbimise vähendamise ja suitsetamisest loobumise mõjutamisega tegelemise valmidus oli kõige madalam.



Joonis 5. Õdede patsiendiõpetuse sagedus suitsetamise, alkoholi tarvitamise, toitumise ja kehalise aktiivsuse mõjutamiseks

Nagu jooniselt näha, siis tegelevad õed kõige rohkem patsientide kehalise aktiivsuse ning toitumise alase patsiendiõpetusega. Kõige vähem tegeletakse alkoholi tarbimise mõjutamisega, koguni 60,8% õdedest vastas, et ei tegele sellega üldse.

4.4. Seosed õdede tervisekäitumise ja patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse vahel

Antud tulemuste põhjal õdede KMI, füüsilisele vormile antud hinnangu, nõustamise või patsiendiõpetuse alal saadud koolituse ning patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse ja tervisekäitumise mõjutamise sageduse vahel statistiliselt olulisi seoseid ei esinenud.

Oluline seos ilmnas õdedel patsientide suitsetamisest loobumise ja alkoholi tarbimise mõjutamise enesehinnangulise valmiduse ja tegeliku mõjutamise vahel ($\rho=0,8$; $p<0,01$). Samuti esines seos suitsetamisest loobumise ning alkoholi tarbimise mõjutamisega seotud patsiendiõpetuse sageduse vahel ($\rho=0,7$; $p<0,01$).

Leiti seos patsientide toitumise ning kehalise aktiivsuse mõjutamise alase patsiendiõpetuse valmiduse vahel ($\rho=0,7$; $p<0,01$). Samuti esines seos toitumise ning kehalise aktiivsuse alase patsiendiõpetuse osutamise sageduse vahel ($\rho=0,7$; $p<0,01$). Leiti seos patsientide toitumise ning suitsetamisest loobumise mõjutamise valmiduse vahel ($\rho=0,7$; $p<0,01$).

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistöödega

Tulemustena leiti, et TÜ Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede tervisekäitumise probleemsemad valdkonnad on ülekaalulisus ja vähene kehaline aktiivsus. Antud tööst selgus, et 52% õdedest on ülekaalulised või rasvunud. IPAQ testi tulemusena oli 49% õdedest kehaliselt mitteaktiivsed. Ka kirjanduse põhjal on õdede hulgas neid samu probleeme täheldatud (Malik jt 2001, Perry jt 2015, Kyle jt 2015). Kuigi õdedel on olemas teadmised, mida halb tervisekäitumine endaga kaasa toob, siis ei tegele nad enda tervise eest hoolitsemisega piisavalt (Malik jt 2001). On leitud, et ülekaalulisus ning rasvumine kahjustab õdede enda tervist ja takistab õdede tõhusust tervisedendusliku rolli täitmisel (Kyle jt 2015). Õdede enda tervisekäitumine mõjutab ka nende rolli patsientidele tervisekäitumise alasel õpetusel (Malik jt 2001, Lobelo ja de Quevedo 2014, Kyle jt 2015). Halb tervisekäitumine kahjustab õe osa tervisekäitumise edendamisel, kuna avalikkuse ees peetakse õe rolliks tervise propageerijana positiivse eeskuju andmist (Malik jt 2001, Neall jt 2016).

Antud tulemuste põhjal ei tulnud õdede KMI, füüsilise vormi hinnangu, nõustamise või patsiendiõpetuse alase koolituse saamise ning patsiendiõpetuse valmiduse ja osutamise sageduse vahel esile statistiliselt olulisi seoseid. Varasemates uurimustes on leitud seos õdede kehalise aktiivsuse ning sellel teemal patsiendiõpetuse osutamise vahel (Fie jt 2013, Lobelo ja de Quevedo 2014) - tervishoiutöötajad, kes ise on füüsiliselt aktiivsed, osutavad suurema tõenäosusega oma patsientidele ka enam kehalise aktiivsuse alast nõustamist, kuid käesolevas uuringus see seos kinnitust ei leidnud. Erinevalt Bakhshi ja kaasautorite (2015) järeldusest, mille kohaselt õdede kehakaal ning tajutud tervislik seisund mõjutab samuti kehalise aktiivsuse edendamist, ei leitud käesolevas uuringus seoseid. Samuti ei leitud seoseid õdede KMI ja tervisehinnangu ning patsiendiõpetuseks valmisoleku ja patsiendiõpetuse läbiviimise vahel, erinevalt varasemast uuringust, mille kohaselt õdede kehakaal ning tajutud tervislik seisund mõjutab kehalise aktiivsuse edendamist (Bakhshi jt 2015).

Võimalik, et seoste puudumine õdede tervisekäitumise ja patsiendiõpetuse vahel tuleneb õdede erialasest professionaalsusest, isegi kui õed ei järgi kõiki tervisekäitumise põhimõtteid, siis on nad valmis patsiente õpetama.

Õdedel esineb varasemate uurimistulemuste järgi probleeme alkoholi tarbimisega ning suitsetamisega (Bakhshi jt 2015, Perry jt 2015). Antud töö tulemustes need probleemid esile ei kerkinud. Tervisele ohustava alkoholitarbimise rühma kuulus 2% vastanutest ning käesoleval ajal igapäevasuitsetajaid oli 6,9% ning juhusuitsetajaid 8,8%. Leian, et õdede suitsetamisele tuleks siiski tähelepanu pöörata, kuna nii arstide kui õdede hulgas läbi viidud uurimustes on leitud, et suitsetavad tervishoiutöötajad nõustavad oma patsiente suitsetamisest loobumise osas väiksema tõenäosusega kui mittersuitsetajad (Howe jt 2010, Duaso jt 2017).

Antud töös leiti seosed patsientide suitsetamisest loobumisest ja alkoholi tarbimise mõjutamise alase patsiendiõpetuse osutamise valmiduse vahel ning suitsetamisest loobumise ning alkoholi tarbimise mõjutamisega seotud patsiendiõpetuse sageduse vahel. Samuti esines seos patsientide toitumise ning kehalise aktiivsuse mõjutamise alase patsiendiõpetuse valmiduse vahel ning seos toitumise ning kehalise aktiivsuse alase patsiendiõpetuse osutamise sageduse vahel. Nende seoste põhjal võib väita, et need õed, kelle patsiendiõpetusega tegelemise valmidus suitsetamisest loobumise ja alkoholi tarbimise vähendamise osas oli suurem, tegelesid nendel teemadel patsientidega rohkem. Samamoodi oli ka toitumise ja kehalise aktiivsuse korral. Siit saab järeldada, et kui soovida parandada ja suurendada patsientide tervislike eluviiside alast õpetustegevust, siis tuleks tegeleda õdedega ning nende valmidust suurendada. Siin kohal on olulisel kohal õdede koolitamine. On leitud, et vajadus õdede tervisekäitumise alaseks koolitamiseks on olemas, et õed saaksid patsientidele tervislike eluviiside osas efektiivsemalt nõu anda (Bakhshi jt 2015).

Uurides õdede enesehinnangulist valmidust patsiendiõpetuse osutamiseks on Bergh kaasuurijatega (2012) leidnud, et veidi üle poolte (57%) õdedest peab ennast patsiendiõpetuse valdkonnas asjatundlikuks. Käesolevast tööst selgus, et õed olid kõige enam valmis tegelema patsientide toitumisealase õpetusega, enamasti või täiesti valmis oli 45,5% vastanutest. Kõige madalamalt hinnati oma valmisolekut tegelemaks patsientide suitsetamisest loobumise mõjutamisega, 56,9% õdedest märkis enda valmisolekuks mitte üldse või vähesel määral valmis. Järeldusena vajaksid õed rohkem enesetäiendust, et tunda ennast patsiendiõpetuse valdkonnas kindlamalt. Käesoleva töö põhjal vajaksid õed patsiendiõpetuse valmiduse ja sageduse tõstmiseks enim koolitusi suitsetamise ja alkoholi tarbimise vähendamise teemadel, kuna nendel teemadel hindasid õed enda valmisolekut kõige madalamalt.

Võrreldes õdede tervisekäitumist 2014 aastal läbi viidud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringuga, siis selgus, et igapäevaselt suitsetavate õdede osakaal (6,9%) on kordi

madalam kui eestlastel üldiselt (22,1%) (Tekkel ja Veideman 2015). Õdede hinnang oma tervislikule seisundile oli parem kui täiskasvanud rahvastiku uuringus osalenutel. Õdedest 72,6% hindas oma tervist heaks või üsna heaks, samas täiskasvanud eestlaste puhul olid hea või üsna hea tervisehinnanguga 51,5% vastanutest. Õed hindasid ka oma kehalist võimekust kõrgemalt. Kui õdedest 41,2% hindas kehalist võimekust heaks või üsna heaks, siis täiskasvanud rahvastiku hulgas oli see osakaal 33,4%. Ülekaaluliste või rasvunud inimeste osakaal oli sarnane. Õdede hulgas oli ülekaalulisi ja rasvunud inimesi 52% ning täiskasvanud rahvastiku uuringus osalejate seas samuti 52%. Võrreldes Eesti täiskasvanud rahvastikuga suitsetavad õed vähem ning hindasid oma tervises seisundit ja kehalist aktiivsust kõrgemalt. Mitte ainult õdede seas pole ülekaalulisus probleemiks, vaid see terviserisk esineb ka Eesti täiskasvanud rahvastiku hulgas.

5.2. Eetilised aspektid

Uurimistöö läbiviimiseks oli saadud luba TÜ inimuuringute eetika komiteelt ning TÜ Kliinikumi juhatuselt. Uurimistööst teavitati eelnevalt TÜ Kliinikumi ülemõdesid, uuringut käidi ülemõdede nõukogu koosolekul tutvustamas. Samuti teavitati vanemõdesid ning kõiki uuringus osalejaid, selleks koostati uuringut tutvustav kaaskiri, mis pandi osakondades õdede infotahvlile. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning uuritavad said ise otsustada, kas nad soovivad ankeeti täita või mitte. Uurimiseetika probleemide vältimiseks ei kasutatud küsimustikus vastaja isikut identifitseerida võimaldavaid tunnuseid (nimi, isikukood, täpne sünniaeg, sugu). Antud uuringuga ei kahjustatud kedagi isiklikult ega kaudselt. Eraelu puudutavaid ning delikaatseid isikuandmeid ei kogutud, uuring ei põhjutanud füüsilist ning vaimset traumat. Analüüsitava materjali hoiti parooliga kaitstud arvutis, mis oli kättesaadav vaid uurijale. Peale töö kaitsmist kogutud andmed kustutatakse arvutist. Kogutud andmeid kasutatakse käesolevas magistritöös ning tulemused avaldatakse üldistatult.

5.3. Tulemuste usaldusväärsus

Uurimistöö usaldusväärsus tagati usaldusväärse mõõdiku kasutamisega ning täpse ja korrektse andmete kogumise ja analüüsimisega. Mõõdikut testiti eelnevalt ning arvestati prooviuuringus osalejate tagasisidega. Uuritavatel oli võimalus uuringu ajal uuringu läbiviijaga probleemide korral nii e-maili kui telefoni teel kontakteeruda. Andmete analüüsimisel kasutati sobivaid meetodeid ning tulemused esitati ausalt. Uurimistöös kasutati ainult tõenduspõhiseid materjale ning autoritele viidati korrektseks.

5.4. Uurimistöö piirangud

Uurimistöös üheks oluliseks piiranguks oli madal osalusaktiivsus. Leian, et see peaks olema vanemõdedel mõttekoht, kuidas motiveerida töötajaid õendusteadusesse panustama. Õe eetikakoodeksis on kirjas, et õde peaks oma kutseala arengusse panustama ning üks viis selleks oleks õendusteaduslikes uurimistöödes osalemine. Õendusjuhid peaksid soodustama õendus-ja tervishoiualaste teadusuuringute tegemist, tulemuste levitamist ning töökohtades rakendamist. (Rahvusvahelise Õdede Nõukogu eetikakoodeks õdedele.)

Teiseks piiranguks oli kehalise aktiivsuse testi osaliselt valesti tõlgendamine uuritavate poolt, kus kirjutati pidevalt ainult numbrilist vastust nõudvale küsimusele lisaks oma vabas vormis kommentaare või lisati ainult kommentaar ja nõutud numbrilist vastust ei lisatud. Testi tulemuste hindamisel oli probleem ka selles, et uuritavad (45 mittekorrektelt täidetud ankeeti) ei märkinud oma kehalist aktiivsust korrektselt nt märgiti ainult aktiivsus päevades, aga tunnid jäeti märkimata või vastupidi, seetõttu tuli need vastused lugeda poolikuks ja päris paljud said seetõttu madalama kategooria skoori.

Kuigi IPAQ on maailmas üks laialdaselt kasutatavaid kehalise aktiivsuse küsimustikke, leidub ka sellel ankeedil puudusi. IPAQ ja muude objektiivsete kehalise aktiivsuse mõõtmise vahendite vaheline korrelatsioon oli enamikel uuritud uurimustes väiksem kui kehtestatud standard ette näeb. Samuti selgus, et IPAQ ülehindab kehalise aktiivsuse näitusid võrreldes objektiivsete kehalise aktiivsuse mõõtmise vahendite tulemustega. On leitud, et ainult IPAQ-i kasutamine kehalise aktiivsuse määramiseks ei ole kõige usaldusväärsem meetod. (Lee jt 2011.) Leian, et võttes arvesse uurimuses välja tulnud IPAQ ankeedi puudulikkust täitmist ning IPAQ-i üldiseid nõrku külgi, siis ei saa antud töös kehalise aktiivsuse testi tulemusi täiesti usaldusväärseteks pidada.

Veel võib piiranguks pidada seda, et ei uuritud detailsemalt, mis mähus ja millal olid õed patsiendiõpetuse alaseid koolitusi saanud. Samuti oleks võinud uurida, millistes teemavaldkondades õed koolitusi sooviksid. See annaks laialdasemat informatsiooni, millistes teemavaldkondades on õed koolitusi saanud ja milliseid koolitusi võiks tulevikus rohkem pakkuda. Viimastel aastatel on nt Tervise Arengu Instituudis käimas nii alkoholitarvitamise kui ka suitsetamisest loobumise nõustamise alased koolitused, mis on suunatud just sellisele sihtrühmale nagu uuritavad (TAI koolitused ja sündmused).

5.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus

Antud uurimistöö tulemused on olulised, kuna annavad ülevaate õdede tervisekäitumisest suitsetamise, toitumise, kehalise aktiivsuse ja alkoholi tarvitamise kohta. Tulemuste põhjal saab teavet õdede patsiendiõpetuse läbiviimise valmisolekust ning patsiendiõpetusega tegelemise sagedusest, mis on olulised, kuna nende põhjal saab patsiendiõpetuse valdkonda edasi arendada ning kitsaskohtade parandamiseks õdedele koolitusi planeerida. Tulemuste põhjal selgus, et 36,5 % õdedest polnud saanud nõustamise või patsiendiõpetuse alast koolitust. See näitab, et õdedele tuleks nõustamise või patsiendiõpetuse alaseid koolitusi rohkem võimaldada, et tagada parem õendusabi kvaliteet. Selle tulemusena paraneks TÜ Kliinikumi patsiendiõpetuse kvaliteet ning suureneb ka patsientide rahulolu. Uurimistöö tulemused on vajalikud ka seetõttu, et seda teemat on Eestis vähe uuritud ning seeläbi saab juurde uut teavet ning alusmaterjali järgnevateks uurimusteks.

Tulemusi võiks rakendada ka TÜ Kliinikumi õdede tervisekäitumise parandamiseks, eelkõige kehalise aktiivsuse valdkonnas, kuna selgus, et enamus õdedest on kehaliselt mitteaktiivsed või minimaalselt aktiivsed ning peaaegu pooled õdedest on ülekaalulised või rasvunud. Tulevikus näeksin TÜ Kliinikumis õdedele suunatud tervisepäevi, kus toimuksid erinevad tervise teemalised loengud. TÜ Kliinikumil võiks olla oma spordiklubi, mille eesmärk oleks töötajate tervisliku liikumisharrastuse edendamine, toetades neid tervisespordiüritustel osalemisel, korraldades treeninguid ja erinevaid loenguid. Kuna TÜ Kliinikum kuulub tervist edendavate haiglate hulka, võiks oma töötajate tervise edendamine olla üks põhieesmärke.

5.6. Edasise uurimise vajadus

Leian, et õdede tervisele peaks rohkem tähelepanu pöörama ning teemat saab kindlasti edasi uurida. Järgnevad uuringud võiksid kaasata mitmeid haiglaid ning võiks uurida kogu õenduspersonali, sealhulgas lisada ka ambulatoorse vastuvõtu õed. Uute seostena saaks uurida tervisekäitumist ning töökoormust ja stressi, kuna need teemad on hetkel õdede hulgas aktuaalsed ning vajaksid uurimist. Mõne aja pärast saaks korraldada kordusuuringu ning koolituste mõju patsiendiõpetuse valmiduse ja sageduse kohta uuesti hinnata. Edasise uurimise vajadus oleks oluline, et tagada üldine patsientide ja õdede tervisekäitumise paranemine. Samuti aitab see tervisekäitumise alast õpetust edendada ja õendusabi arendada.

6. JÄRELDUSED

Õdede tervisekäitumise probleemsemad valdkonnad on ülekaalulisus ja vähene kehaline aktiivsus. Sarnased tulemused on leitud ka kirjanduse põhjal.

Õed vajaksid patsiendiõpetuse valmiduse ja sageduse tõstmiseks enim koolitusi suitsetamise ja alkoholi tarbimise vähendamise teemadel, kuna nendel teemadel hindasid õed enda valmisolekut kõige madalamalt. Kõige vähem tegeleti patsientide alkoholi tarbimise vähendamise ja suitsetamisest loobumise alase patsiendiõpetusega.

Seosed esinesid patsientide suitsetamisest loobumisest ja alkoholi tarbimise mõjutamise alase patsiendiõpetuse osutamise valmiduse vahel ning suitsetamisest loobumise ning alkoholi tarbimise mõjutamisega seotud patsiendiõpetuse sageduse vahel. Järeldub, et need õed, kelle patsiendiõpetusega tegelemise valmidus suitsetamisest loobumise ja alkoholi tarbimise vähendamise osas oli suurem, tegelesid nendel teemadel patsientidega rohkem. Selleks, et suurendada patsiendiõpetuse osutamise sagedust, tuleb suurendada õdede valmidust.

Õdede tervisekäitumine vajaks muutmist. Selleks, et parandada ja suurendada patsientide tervislike eluviiside alast õpetustegevust, tuleks tegeleda õdedega ning nende tervisekäitumist parandada ja valmisolekut tervisekäitumise alastel teemadel patsiendiõpetusega tegelemiseks suurendada.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ajzen, I., Manstead, A.S.R. (2007). Changing health – related behaviours: An approach based on the theory of planned behaviour. In van den Bos, K., Hewstone, M., de Wit, J., Schut, H., Stroebe, M. (Eds.) The scope of social psychology: Theory and applications. Chapter 4. Psychology Press, New York.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf (14.12.2016).

Bakhshi, S., Sun, F., Murrells, T., While, A. (2015). Nurses health behaviours and physical activity-related health-promotion practices. *British Journal Of Community Nursing*, 20(6): 289 – 296.

Bergh, A.-L., Karlsson, J., Persson, E., Friberg, F. (2012). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects. *Journal of Nursing Management*, 20, 758 – 770.

Bergh, A.-L., Persson, E., Karlsson, J., Friberg, F. (2014). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on aspects of competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 523 – 536.

Bland, J.M., Altman, D.G. (1997). Cronbach's alpha. Statistics notes. *British medical Journal*, 314:572.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(23-24): 3322 – 30.

Burns, N., Grove, S.K. (2001). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. Elsevier, St. Louis.

Callaghan, P. (1999). Health beliefs and their influence on United Kingdom nurses healthrelated behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1):28 – 35.

Chambers, D., Narayanasamy, A. (2008). A discourse and Foucauldian analysis of nurses health beliefs: Implications for nurse education. *Nurse Education Today*, 28, 155 – 162.

Chin, DL., Nam, S., Lee, SJ. (2016). Occupational factors associated with obesity and leisure-time physical activity among nurses: A cross sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 57, 60 – 69.

Duaso, M.J., Bakhshi, S., Mujika, A., Purssell, E., While, A. (2017). Nurses` smoking habits and their professional smoking cessation practices. A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 67(1): 3 – 11.

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020. Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti Õdede Liit. Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn 2011.
http://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/eol_eau_arengustrateegia.pdf (12.12.2015).

Fie, S., Norman, I., While, A. (2013). The relationship between physicians` and nurses` personal physical activity habits and their health-promotion practice: A systematic review. *Health Education Journal*, 72(1): 102 – 119.

Frank, E., Breyan, J., Elon, L. (2000). Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Archives Of Family Medicine*, 9(3):287 – 290.

Freimann, T. (2004). Täiskasvanud patsientide patsiendiõpetuse vajadused ja nende rahuldamine sihtasutuses Tartu Ülikooli Kliinikum. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Freimann, T. (2016). Work-related psychosocial factors and mental health problems associated with musculoskeletal pain in nurses: a cross-sectional study. *Pain Research and Management*, 2016(2016): 1 - 7.

Global health risks: mortality and burden of disease attributable to select major risks. (2009). World Health Organization.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/ (25.03.17).

Global recommendations on physical activity for health. (2010). World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf (25.03.2017).

Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short Form. (2004).
http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf (25.01.2017).

Howe, M., Leidel, A., Krishnan, S.M., Weber, A., Rubenfire, M., Jackson, E.A. (2010). Patient-related diet and exercise counselling: do providers own lifestyle habits matter? *Preventive Cardiology*, 13(4): 180 – 185.

Kyle, R.G., Neall, R.A., Atherton, I.M. (2015). Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 126-133.

Lee, P.H., Macfarlane, D.J., Lam, T.H., Stewart, S.M. (2011). Validity of the International physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 115.

Lobelo, F., Duperly, J., Frank, E. (2008). Physical activity habits of physicians and medical students influence their counseling practices. *British Journal Of Sports Medicine*, 43(2):89 – 92.

Lobelo, F., de Quevedo, I.G. (2014). The Evidence in Support of Physicians and Health Care Providers as Physical Activity Role Models. *American Journal Of Lifestyle Medicine*, 10(1): 36 – 52.

Malik, S., Blake, H., Batt, M. (2011). How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. *British Journal of Nursing*, 20(8):489 – 496.

Neall, R.A., Atherton, I.M., Kyle, R.G. (2016). Nurses` health-related behaviours: protocol for quantitative systematic review of prevalence of tobacco smoking, physical activity, alcohol consumption and dietary habits. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1): 197 – 204.

Obesity and overweight. (2016). World Health Organization.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (25.03.17)

Ormisson, T. (2010). Andmeanalüüsi meetodid- korrelatsioonanalüüs. Andmemasin. <http://www.andmemasin.eu/index.php/andmeanaluusi-meetodid-korrelatsioonanaluus/> (10.12.2015).

Osula, K. (2010). Andmeanalüüs: statistiline andmestik ja kirjeldav statistika. Tallinna Ülikooli konspekt. <http://www.tlu.ee/~kairio/7041/konspekt.pdf> (15.04. 2017).

Perry, L., Gallagher, R., Duffield, C. (2015). The health and health behaviours of Australian metropolitan nurses: an exploratory study. *BMC Nursing*, 9(3):1 – 11.

Põlluste, K., Dudanova, V., Kaldoja, A., Kansi, H., Kask, L., Oja, I., Tammist, P., Lember, M. (2016a). Alkoholi tarvitamine ja sellega seotud tegurid perearsti poole pöördunud patsientide hulgas. *Eesti Arst*, 95(2):20 – 27.

Põlluste, K., Dudanova, V., Kaldoja, A., Kansi, H., Kask-Flight, L., Oja, I., Tammist, P., Lember, M. (2016b). Alkoholi tarvitamise muutused lühinõustamise järel ja seos elukvaliteediga perearsti poole pöördunud patsientide hulgas. *Eesti Arst*, 95(10):628 – 636.

Rahvusvahelise Õdede Nõukogu eetikakoodeks õdedele. http://www.ttk.ee/public/Eestikeelne_oe_eetikakoodeks.pdf (14.12.2016).

Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2011). Motiveeriv intervjuerimine tervishoius. Kuidas aidata patsientidel käitumist muuta. Ajakirjade Kirjastus, Tallinn.

Rootalu, K. (2014). Korrelatsioonikordajad. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. Tartu Ülikool. <http://samm.ut.ee/korrelatsioonikordajad> (17.04.2017).

Saame, I., Glušková, N., Viilmann, K., Kalda, R. (2011). Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise metoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst*, 90, 216 – 24.

Suija, K., Pechter, Ü., Maaroos, J., Kalda, R., Rätsep, A., Oona, M., Ööpik, P., Tähepõld, H., Maaroos, H.I. (2011). Arstide kehaline aktiivsus ja nõuannete jagamine oma patsientidele liikumisharjumuste kujundamise kohta. *Eesti Arst*, 90(3):116 – 121.

Suurorg, L., Härm, T. (2009). Suitsetamislevimuse uuring Eesti tervist edendavate haiglate personali seas 2009. Eesti Tervist Edendavate Haiglate võrgustik. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1825/1/Suurorgit2009_1.pdf (23.03.2016).

Tekkel, M., Veideman, T. (2013). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/136479842690_TKU_2012.pdf (10.11.2015).

Tekkel, M., Veideman, T. (2015). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2014. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/14274488161_T2iskasvanud_rahvastiku_tervisek2itumise_uuring_2014.pdf (10.11.2015).

TAI koolitused ja sündmused. Tervise Arengu Instituut. http://www.tai.ee/et/koolitused-ja-sundmused?limit=10&filter_audience=0&filter_city=0&filter_category=2&filter_year=0&filter_search=&filter_order=a.dates&filter_order_Dir=DESC&task=&view=eventslist (19.04.17).

TAI toitumisprogramm. Tervisliku kehakaalu kalkulaator täiskasvanutele. Tervise Arengu Instituut. <http://tap.nutridata.ee/60> (14.12.2016).

Tervise edendamine tervishoiuasutustes. (2014). Tervise Arengu Instituut. <http://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tervishoiuasutuses/tervise-edendaminetervishoiuasutustes> (5.11. 2015).

Tähepõld, H., Veskimägi, M., Kalda, R., Maaros, H.I., Oona, M. (2012). Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 20 – 27.

Wright, K.B. (2005). Researching Internet-Based Populations: Advantages and Disadvantages of Online Survey Research, Online Questionnaire Authoring Software Packages, and Web Survey Services. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(3): 00 – 00.

Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L., Häggström, E. (2015). Motivational interviewing : Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2): 111 – 118.

Yu, Y., Yang, Y., Li, Z., Zhao, Y., Yuan, S., Zhang, R., Sebranek, M., Veerman, L., Li, M., Chen, S., Ma, W., Huang, L., Cho, K., Leeder, S., Yan, L. (2015). The association between medical students lifestyle and their attitudes towards preventive counseling in different countries. *BMC Public Health*, 15(1): 1124.

LISAD

Lisa 1. Uuringut tutvustav kaaskiri

Lugupeetud kolleeg!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse osakonna magistriõppe üliõpilane ning palun Teid osalema uurimustöös „Õdede tervisekäitumine ja valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsete osakondade õdede näitel“.

Töö eesmärk on kirjeldada TÜ Kliinikumi õdede tervisekäitumist ja valmidust patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks, patsiendiõpetusega tegelemise sagedust ning selgitada seoseid tervisekäitumise ja patsientide tervisekäitumise mõjutamise valmiduse vahel. Tulemused võimaldavad kavandada vajalikke sekkumistegevusi õdede endi tervisekäitumise parandamiseks ning paremini planeerida õdede patsiendiõpetuse alast koolitust.

Uurimistöös osalemine on anonüümne ja vabatahtlik. Kui olete nõus uuringus osalema, täitke palun internetikeskkonnas koostatud küsimustik, mille viide saadetakse Teile personaalselt töö e-posti aadressile. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 10 minutit. Saadud andmeid kasutatakse ainult käesolevas uurimistöös ning tulemused esitatakse üldistatud kujul. Uurimistöö läbiviimiseks on luba TÜ inimuuringute eetika komiteelt. Uurimistöös kasutatav küsitlus toimub ajavahemikus 07.11 – 07.12.16. Magistritöö tulemustest informeeritakse soovi korral kõiki uuringus osalenud osakondi.

Küsimustiku täitmise käigus tekkivate küsimuste ja täiendava informatsiooni saamiseks palun pöörduda uurimistöö läbiviija poole.

Lugupidamisega

Marge Porkveli

E-post: marge.porkveli@gmail.com

tel: 55920910

Lisa 2. Uurimistöös kasutatud mõõdik

ÕDEDE TERVISEKÄITUMINE JA VALMISOLEK PATSIENTIDE TERVISEKÄITUMISE MÕJUTAMISEKS

TAUSTAANDMED

Ringitage sobiv vastusevariant, vajadusel kirjutage sobiv vastus.

1. Vanus _____

2. Kaal _____

3. Pikkus _____

4. Kuidas Te hindate oma tervist käesoleval ajal?

- 1) hea
- 2) üsna hea
- 3) rahuldav
- 4) üsna halb
- 5) halb

5. Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem?

- 1) jah
- 2) ei

6. Mil määral on mõni terviseprobleem viimase 6 kuu jooksul Teie tavalisi igapäevategevusi piiranud?

- 1) oluliselt piiranud
- 2) piiranud, aga mitte oluliselt
- 3) ei ole üldse piiranud

7. Kas olete saanud nõustamise või patsiendiõpetuse alast koolitust?

- 1) jah
- 2) ei

TERVISEKÄITUMINE

Suitsetamine

8. Kas Te olete kunagi elus suitsetanud

- 1) ei (Kui ei, siis palun minge edasi küsimuse 12. juurde.)
- 2) jah, käesoleval ajal iga päev
- 3) jah, käesoleval ajal juhuslikult
- 4) jah, varem suitsetasin

9. Millal Te suitsetasite viimati?

- 1) eile või täna
- 2) kaks kuni 30 päeva tagasi
- 3) üks kuni kuus kuud tagasi
- 4) kuus kuni 12 kuud tagasi
- 5) rohkem kui 1 aasta tagasi

10. Kas Te tahaksite suitsetamisest loobuda?

- 1) jah
- 2) ei
- 3) ei oska öelda
- 4) olen juba loobunud

11. Millal Te proovisite tõsiselt suitsetamisest loobuda ja olite vähemalt 24 tundi suitsetamata? (Kui olete juba loobunud, siis palun märkige viimane proovimise aeg.)

- 1) viimasel kuul
- 2) üks kuni kuus kuud tagasi
- 3) kuus kuni 12 kuud tagasi
- 4) rohkem kui aasta tagasi
- 5) mitte kunagi pole proovinud loobuda

Toitumine

12. Kas Te sööte hommikul?

- 1) jah, enamasti
- 2) jah, harva
- 3) ei

13. Mitu tassi (2 dl) kohvi joote tavaliselt päevas? (Palun märkige 0, kui ei joo üldse.)

_____ tassi päevas

14. Kas Te olete muutnud oma toitumis- või teisi harjumusi?

	Jah, viimase 12 kuu vältel	Jah, juba varem	Ei
kasutan/söön vähe rasva(st)	1	2	3
kasutan vähem loomset rasva ja rohkem taimset	1	2	3
söön rohkem köögivilju	1	2	3
kasutan vähem suhkrut	1	2	3
kasutan vähe soola	1	2	3
tarvitan vähem alkoholi	1	2	3
olen pidanud dieeti kaalu langetamiseks	1	2	3
olen järginud dieeti kaalu tõstmiseks	1	2	3
olen suurendanud kehalist aktiivsust	1	2	3

Alkohol

AUDIT test alkoholi tarvitamise kohta

Küsimused nr 14–21 puudutavad alkoholi tarvitamist viimase aasta jooksul.

1 alkoholiühik = 1 alkoholiannus

1 alkoholiannus võrdub alkoholse joogi kogusega, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi ehk 1 alkoholiühiku.

15. Kui sageli Te tarvitate alkoholi sisaldavaid jooke?

0) Mitte kunagi

1) Umbes kord kuus või harvem

2) 2–4 korda kuus

3) 2–3 korda nädalas

4) 4 korda nädalas või sagedamini

Mõeldud on ka vähese alkoholisisaldusega jooke nagu siider, lahja õlu

16. Mitu annust Te tavaliselt korraga alkoholi joote?

- 0) 1–2 annust
- 1) 3–4 annust
- 2) 5–6 annust
- 3) 7–9 annust
- 4) 10 või rohkem annust

1 annus on näiteks: 1 purk (330 ml) 4,5% siidrit või ½ purki (250 ml) 5,6% segujooki või ½ pudelit (250 ml) 5–5,3% õlut või 1 pokaal (120 ml) 12% veini või 1 pits (40 ml) 40% kanget alkoholi.

17. Kui sageli olete joonud korraga 6 või enam annust?

- 0) Mitte kordagi
- 1) Harvem kui kord kuus
- 2) Kord kuus 3) Kord nädalas
- 4) Iga päev või peaaegu iga päev

18. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et kui Te tarvitasite alkoholi, ei suutnud Te alkoholi tarvitamist enam peatada?

- 0) Mitte kordagi
- 1) Harvem kui kord kuus
- 2) Kord kuus
- 3) Kord nädalas
- 4) Iga päev või peaaegu iga päev

19. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul jäänud alkoholi tarvitamise tõttu tegemata midagi, mida Teilt oodati?

- 0) Mitte kordagi
- 1) Harvem kui kord kuus
- 2) Kord kuus
- 3) Kord nädalas
- 4) Iga päev või peaaegu iga päev

20. Kui sageli olete viimase aasta jooksul vajanud rohke alkoholi tarvitamise järgsel hommikul mõnd alkoholi sisaldavat jooki, et saada üle pohmellist?

- 0) Mitte kordagi
- 1) Harvem kui kord kuus
- 2) Kord kuus
- 3) Kord nädalas
- 4) Iga päev või peaaegu iga päev

21. Kui sageli on Teid viimase aasta jooksul vaevanud pärast alkoholi tarvitamist süü- või kahjutunne?

- 0) Mitte kordagi
- 1) Harvem kui kord kuus
- 2) Kord kuus
- 3) Kord nädalas
- 4) Iga päev või peaaegu iga päev

22. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et alkoholi tarvitamisele järgnenud hommikul ei mäletanud Te eelmisel õhtul toimunut?

- 0) Mitte kordagi
- 1) Harvem kui kord kuus
- 2) Kord kuus
- 3) Kord nädalas
- 4) Iga päev või peaaegu iga päev

23. Kas Teie ise või keegi teine on saanud Teie alkoholi tarvitamise tõttu vigastada?

- 0) Ei
- 2) On, aga mitte viimase aasta jooksul
- 4) Jah, on viimase aasta jooksul

24. Kas mõni Teie lähedane, sõber, arst või keegi muu on olnud mures Teie alkoholi tarvitamise pärast või on soovitanud Teil alkoholi tarvitamist vähendada?

- 0) Ei
- 2) On, aga mitte viimase aasta jooksul
- 4) Jah, on viimase aasta jooksul

Kehaline aktiivsus

25. Kuidas Te hindate oma praegust füüsilist vormi/kehalist võimekust?

- 1) väga hea
- 2) üsna hea
- 3) rahuldav
- 4) üsna halb
- 5) väga halb

Rahvusvaheline kehalise aktiivsuse küsimustik IPAQ

Alltoodud küsimused keskenduvad **viimase seitsme päeva jooksul** ette tulnud kehalisele tegevusele kulunud ajale. Palun vastake küsimustele isegi siis, kui Te ei pea end kehaliselt aktiivseks.

Palun tuletage meelde, mida olete teinud töökohal, kodu- ja aiatööde ajal, ühest kohast teise jõudmiseks ning vabal ajal, aktiivse puhkuse, kehalise liikumise ja sportimise eesmärgil. Mõelge, mis laadi tugevat kehalist tegevust on Teil viimase seitsme päeva jooksul ette tulnud.

Tugev kehaline tegevus tähendab suurt füüsilist pingutust nõudvaid toiminguid, mis panevad teid oluliselt kiiremini hingama. Arvesse lähevad ainult need tegevused, mis kestsid vähemalt 10 minutit järjest.

26. Mitmel päeval **viimase seitsme päeva jooksul** tegelesite **tugeva** kehalise tegevusega, nagu raskuste tõstmine, kaevamine, puude lõhkumine, hoogne suusatamine, jooks, aeroobika, korvpalli- või võrkpallitreening ja kiire jalgrattasõit?

_____ **päeval nädalas**

_____ Tugev kehaline tegevus puudus → **Jätke järgmine küsimus vahele**

27. Kui palju aega kulus tavaliselt ühel neist päevadest **tugevale** kehalisele tegevusele?

_____ **tundi** _____ **minutit päevas**

_____ Ei tea / ei ole kindel

Mõelge, mis laadi **mõõdukalt rasket** kehalist tegevust on **viimase seitsme päeva jooksul** ette tulnud. **Mõõdukalt raske** kehaline tegevus tähendab mõõdukat füüsilist pingutust nõudvaid toiminguid, mis panevad teid tavapärasest kiiremini hingama. Arvesse lähevad ainult need tegevused, mis kestsid vähemalt 10 minutit järjest.

28. Mitmel päeval **viimase seitsme päeva jooksul** tegelesite **mõõduka** kehalise tegevusega, nagu mõõdukate raskuste kandmine, mõõdukas aiatöö, jalgrattaga rahulikus tempos sõitmine, kepikõnd, rulluisutamine või vesivõimlemine? Ärge arvestage siia tavalist kõndimist.

_____ **päeval nädalas**

_____ Mõõdukas kehaline tegevus puudus → **Jätke järgmine küsimus vahele**

29. Kui palju aega kulus tavaliselt ühel nendest päevadest **mõõdukale** kehalisele tegevusele?

_____ **tundi** _____ **minutit päevas**

_____ Ei tea / ei ole kindel

Mõelge, kuid palju aega Te kulutasite **viimase seitsme päeva jooksul kõndimisele**. See tähendab kõndimist tööl ja kodus, kõndimist ühest kohast teise jõudmiseks ja muud kõndimist aktiivse puhkuse või treenimise eesmärgil.

30. Mitmel päeval **viimase seitsme päeva jooksul** Te **kõndisite** vähemalt 10 minutit järjest?

_____ **päeval nädalas**

_____ Ei kõndinud → **Jätke järgmine küsimus vahele**

31. Kui palju aega kulus tavaliselt ühel nendest päevadest **kõndimisele**?

_____ **tundi** _____ **minutit päevas**

Viimane küsimus puudutab aega, mis kulus Teil istumisele ühel tavalisel argipäeval **viimase seitsme päeva jooksul**. See tähendab aega, mis on veedetud tööl, kodus, õppides ja vabal ajal. Siia arvestage aeg, mil istusite töölaua taga, sõpradel külas, kodus lugedes või pikutades televiisori ees.

32. Kui palju aega ühest oma **argipäevast** veetsite **viimase seitsme päeva jooksul** istudes?

_____ **tundi** _____ **minutit päevas**

Valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks patsiendiõpetuse abil

VALMIDUS PATSIENTIDE TERVISEKÄITUMISE MÕJUTAMISEKS PATSIENDIÕPETUSE ABIL	0 – ei saa vastata (puudub) kokkupuude patsiendiga) 1 – ei ole üldse valmis 2 – vähesel määral valmis 3 – enamasti valmis 4 – täiesti valmis				
33. Kuidas hindate oma valmidust patsientide suitsetamisest loobumise mõjutamiseks?	0	1	2	3	4
34. Kuidas hindate oma valmidust patsientide alkoholi tarbimise mõjutamiseks?	0	1	2	3	4
35. Kuidas hindate oma valmidust patsientide toitumise mõjutamiseks?	0	1	2	3	4
36. Kuidas hindate oma valmidust patsientide kehalise aktiivsuse mõjutamiseks?	0	1	2	3	4

Tervisekäitumist mõjutava patsiendiõpetuse läbiviimise sagedus

TERVISEKÄITUMIST MÕJUTAVA PATSIENDIÕPETUSE LÄBIVIIMISE SAGEDUS	1 – üldse ei tegele 2 – mõned korrad aastas 3 – mõned korrad kuus 4 – 2 kuni 3 korda nädalas 5 – iga päev				
37. Kui sageli tegelete patsiendiõpetusega patsientide suitsetamisest loobumise mõjutamiseks?	1	2	3	4	5
38. Kui sageli tegelete patsiendiõpetusega patsientide alkoholi tarbimise mõjutamiseks?	1	2	3	4	5
39. Kui sageli tegelete patsiendiõpetusega patsientide toitumise mõjutamiseks?	1	2	3	4	5
40. Kui sageli tegelete patsiendiõpetusega patsientide kehalise aktiivsuse mõjutamiseks?	1	2	3	4	5

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Tartu Ülikool tel 737 5514 teadus- ja arendusosakond e-post etitikakomitee@ut.ee Lossi 3
www.ut.ee/teadus/etitikakomitee 51003 Tartu

Protokolli number: 258/T-10 koosolek: 18.04.2016

Komitee koosseis: Esimees

Aime Keis

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond,
meditsiinieetika lektor

Aseesimees

Oivi Uibo

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond,
lastegastroenteroloogia dotsent

Liikmed

Küllli Jaako

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond,
farmakoloogia dotsent / vanemteadur

Ruth Kalda

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond,
peremeditsiini professor

Maie Kreegipuu

Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, kliinilise
psühholoogia lektor

Kristi Lõuk

Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide
valdkond, projektijuht / doktorant

Vallo Olle

Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond,
haldusõiguse dotsent

Mare Remm

Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku
õppekava dotsent

Judit Strömpl

Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond,
sotsiaalpoliitika dotsent

Arvo Tikk

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond,
emeritprofessor

Vahur Ööpik

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond,
spordifüsioloogia professor

Otsus: Anda luba uurimistööks.

Uurimistöö nimetus:

Õdede tervisekäitumine ja valmidus patsientide tervisekäitumise mõjutamiseks Tartu Ülikooli
Kliinikumi statsionaarsete osakondade õdede näitel: läbilõikeline uuring

Vastutav uurija (asutus):

Marge Porkveli (Tartu Ülikooli Kliinikum, Stomatoloogiakliinik, L. Puusepa 8, 51014, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt koos
lisadega, täiendatud 02.05.2016

2. Põhijuhendaja CV (K. Põlluste)

Uurimistöö lõpp: aprill 2017

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Eveli Kadarik /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
teadus- ja arendusosakond
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 5514
e-post etitikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/etitikakomitee